3
Begroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Aan de orde is de behandeling van:
- **het wetsvoorstel Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2016 (34300-XVI).**

De **voorzitter**:
Wij beginnen met de eerste termijn van de Kamer in deze begrotingsbehandeling. Iedereen heeft zijn of haar spreektijden in eerste en tweede termijn aangegeven. De eerste spreker is de heer Van Gerven namens de fractie van de SP.

De algemene beraadslaging wordt geopend.

☐

De heer **Van Gerven** (SP):
Voorzitter. "Voor de supermarkt zakt een man in elkaar. Ik ren erheen, ik voel geen hartslag en de man ademt niet. Ik besef dat ik hem moet reanimeren maar tegen de richtlijnen in geef ik hem eerst een harde stomp op zijn borstkas. Direct daarna voel ik zijn hart weer kloppen en neemt de man een diepe ademteug. Ik verkeer in een lichte overwinnaarsroes. Ik probeer de man gerust te stellen, vertel hem dat ik arts ben en dat de ambulance onderweg is. Hij kijkt me aan en zegt dan kreunend: "Maar ik ga niet mee naar het ziekenhuis, dat kost me mijn eigen risico!" Aldus mijn collega-huisarts Nanette de Ronde-Huizenga. Wat vindt de minister hiervan? Is het geen tijd voor een nieuw en betaalbaar zorgstelsel?

Op 24 september werden wij opgeschrikt door Nieuwsuur. De dwarslaesiepatiënten John Geven en Michael Verhees zouden van de zorgverzekeraars VGZ en ONVZ niet meer de specifiek voor hun situatie bereide medicijnen krijgen. Lange tijd moesten zij bedelen voor hun medicijnen terwijl de zorgverzekeraars grote reserves hebben. Verontwaardiging alom. Wat een vernederende toestand!

Door alle commotie hebben beide verzekeraars toegezegd ook na 2016 de medicijnen voor John en Michael te vergoeden. Maar hoe zit het met al die andere patiënten die op maat gemaakte medicijnen nodig hebben? Krijgen deze mensen wel de medicijnen die in hun individuele situatie het beste passen? Of blijven de zorgverzekeraars met hun rekenmachientjes de scepter zwaaien?

Wat is het gevolg van de uitspraak van de rechter die sprak over een wanprestatie van CZ die weigerde een medisch noodzakelijk medicijn te vergoeden? Wordt nu definitief een einde gemaakt aan de bureaucratie van het preferentiebeleid? Gaat de zorgverzekeraar niet meer op de stoel van de arts zitten? Is het geen tijd voor een nieuw en betaalbaar zorgstelsel?

Op 10 oktober 2015 gaf het 41ste Kamerlid van de VVD, mevrouw K., als voorzitter van de Nederlandse Zorgautoriteit een interview in De Telegraaf. Zij verdedigt de Zorgverzekeringswet nog bijkans enthousiaster dan onze minister. Het stelsel zou beter zijn omdat de zorg transparanter, goedkoper en efficiënter is dan het oude ziekenfonds. Maar de mensen zien door de bomen het bos niet meer en zelfs de minister erkent dat er te veel polissen zijn.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Wij spreken nu over de toezichthouder NZa. Ik vind het zeer ongepast dat de SP partijpolitiek bedrijft en iets zegt over de voorzitter van de NZa dat helemaal buiten de orde is. Ik zou het fijn vinden als de heer Van Gerven zijn woorden terugneemt.

De heer **De Lange** (VVD):
Ik zou dat ook zeer op prijs stellen. Volgens mij pleitte de voorzitter ervoor om vandaag een debat op de inhoud te voeren. Laten wij dat dan ook doen. Voor uw welbevinden: de 41ste Kamerzetel wordt gebruikt, maar hij wordt door iemand anders ingevuld.

De heer **Van Gerven** (SP):
Wij gaan verder, want ik ga door met de inhoud. Wat moet je met 71 verschillende polissen met in totaal 5.940 opties, terwijl mensen gewoon één goed basispakket willen? En wat te denken van de verschillen tussen de armenpolis en de rijkeluispolis, de vrijekeuzepolis? De vrijekeuzepolis is tot 40% duurder. Is de vrijheid van artsenkeuze er alleen voor de rijken? Is dat wat wij willen? Is het geen tijd voor een nieuw en betaalbaar zorgstelsel? Is het goedkoper geworden? Krijgen mensen meer waar voor hun geld?

Het eigen risico, de ziektetaks of de boete op ziek zijn, is ingevoerd in 2008. In zeven jaar is deze meer dan tweeënhalfmaal zo hoog geworden. Het aantal gezinnen met betalingsachterstanden op hun ziektekostenrekeningen is sinds 2008 meer dan verdubbeld. Volgend jaar bedraagt de ziektetaks maar liefst €385 per volwassene. Het pakket is uitgedund met fysiotherapie, medicijnen en geestelijke gezondheidzorg die niet meer worden vergoed. Het aantal mensen dat de premie niet meer kan betalen, is hoger dan ooit. Nu al zijn het er 333.000. Daarnaast zijn er nog ten minste 800.000 mensen die betalingsregelingen treffen met de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars zijn overigens zelf van mening dat de ziektetaks, het eigen risico, veel te hoog is. De SP stelt daarom voor om voor 2016 het eigen risico te halveren en te betalen uit de reserves van de zorgverzekeraars. Wij zullen hierover in tweede termijn een motie indienen, tenzij het kabinet ons voorstel gaat uitvoeren.

Ook de vaste premie zal weer met procenten omhooggaan, zodat naar verwachting nog meer mensen in betalingsproblemen zullen geraken. En de zorgverzekeraars baden in weelde. De grote vier — Achmea, CZ, VGZ en Menzis — boekten in 2014 samen 1,2 miljard winst. Zelfs onder de strengste solvabiliteitseisen is er een overreserve van 3 miljard. Is het geen tijd voor een nieuw en betaalbaar zorgstelsel? Wat is daarop het antwoord van de voorzitter van de zogenaamde onafhankelijke Nederlandse Zorgautoriteit, mevrouw K? "Natuurlijk gaan wij niet terug naar het ziekenfonds. Dat zou echt onverstandig zijn". Wat stelt zij voor? Mensen moeten rekening houden met hetgeen hun kan overkomen. Koop je een nieuwe auto, dan verzeker je hem allrisk, maar na een aantal jaren is een WA-verzekering voldoende.

Een zorgverzekering is toch geen autoverzekering? Tast je met een dergelijke stellingname, zo vraag ik de minister, niet het wezen van een solidair zorgstelsel aan als je uitgaat van het profijtbeginsel en een individuele risicoselectie toepast bij de polis die je afsluit? Leidt deze gedachtegang er niet toe dat dure polissen voor ouderen en gehandicapten ontstaan omdat zij de meeste risico's lopen? Wat als je niet de middelen hebt om te kiezen en aangewezen bent op de budgetpolis, de armenpolis? Is het geen tijd voor een nieuw en betaalbaar zorgstelsel?

Vorig jaar diende de SP een motie in waarin de regering werd verzocht voorbereidingen te treffen om de uitvoering van de basiszorgverzekering publiek te regelen. Naast de SP steunden alleen 50PLUS en de Partij voor de Dieren deze motie. De Partij van de Arbeid, de VVD, D66, GroenLinks, het CDA, de ChristenUnie en de SGP, maar ook de PVV, stemden tegen. Opnieuw zal ik een dergelijke motie indienen, om te kijken of de politieke elite in een jaar tijd van gedachten aan het veranderen is. Hoe schril is het contrast tussen deze politieke elite en wat de mensen denken? De Hond peilde de mening over deze kwestie. 60% van de ondervraagden was voorstander van een publieke zorgvoorziening. 25% was tegen. Niks nieuws eigenlijk, want dat weten wij al heel lang. Het is wel bijzonder dat ook een meerderheid van de VVD-stemmers ervoor is, namelijk 53%. 33% was tegen. Overigens geldt hetzelfde verhaal voor de rechtse PVV. Twee derde tot vier vijfde van haar achterban is het niet eens met de wijze waarop de fractie heeft gestemd. De samenleving kiest in meerderheid voor een publiek stelsel, zonder marktwerking en concurrentie. Dat geldt ook voor PVV- en VVD-stemmers. Het is tijd voor een nieuw en betaalbaar zorgstelsel.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Ik hoor de heer Van Gerven van de SP zeggen dat men daarvoor is. Dat snap ik ook. Als je framet dat het huidige stelsel alles veel te duur en ontoegankelijk maakt en de solidariteit aantast, is het logisch dat mensen kiezen voor een ander stelsel. Ik heb echter bekeken wat er aan de hand was voordat dit zorgstelsel werd ingevoerd. Ik heb afgelopen week op een bijeenkomst nog iets mogen citeren uit een ingezonden stuk in de Volkskrant uit eind jaren negentig. Hierin stond dat er in de zorg geen menselijke maat meer was, dat er geen mogelijkheden waren om nog te doen wat je wilde en dat productie de overhand voerde. Dat was een publiek stelsel. We hebben juist een ander stelsel gekozen om ervoor te zorgen dat de kwaliteit inzichtelijk werd, dat er transparantie kwam. Is de heer Van Gerven het met mij eens dat het wel heel gemakkelijk is om een en ander te zeggen en dat je er gemakkelijk voor kiest als je niet voldoende geïnformeerd bent? Wat zegt het eigenlijk echt?

De heer **Van Gerven** (SP):
Allereerst constateer ik dat mevrouw Dijkstra de personen die stemmen, diskwalificeert. Blijkbaar is de bevolking niet in staat om te bepalen wat goede zorg is en welk stelsel ze prefereert. Men vindt al jaren dat er in de zorg geen concurrentie thuis hoort. Men kiest al jaren voor een publieke organisatie van het zorgstelsel. Mevrouw Dijkstra zegt dat het in de jaren negentig ging om productie draaien. Dank je de koekoek! Dit verrichtingenstelsel is gebaseerd op concurrentie en productie draaien.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Het is verre van diskwalificeren van degenen die over de zorg oordelen. We moeten wel stellen dat veel mensen geen goed beeld hebben van wat er in de zorg aan de hand is. Ik zal daar in mijn inbreng op terugkomen. Ik denk dat het juist heel belangrijk is om de patiënten veel meer te horen en te laten horen. We moeten echter ook bekijken hoe het echt zit. Ik stel vast — dat weten we natuurlijk ook — dat de heer Van Gerven denkt dat het allemaal beter wordt als datgene wat verzekeraars nu doen, door ambtenaren wordt uitgevoerd. Ik ben heel benieuwd.

De heer **Van Gerven** (SP):
Om op dat laatste in te gaan: de SP is bij uitstek de partij die zegt dat het niet door ambtenaren moet worden uitgevoerd. Het moet worden uitgevoerd door de professionals zelf, door de hulpverleners, de wijkverpleegkundigen, de huisartsen en de specialisten, samen met de patiënt. Maar wat gebeurt er nu? De zorg is ons afgepakt. Het systeem is namelijk weggegeven aan private zorgverzekeraars die geen verstand hebben van kwaliteit en kwaliteit niet kunnen beoordelen. Ze sturen louter op het zo goedkoop mogelijk wegzetten van zorg. Die kant wil de SP niet op. Wij zeggen dat de patiënt centraal hoort te staan. De zorgverzekeraar moet daaraan dienend zijn. Hij moet niet op de stoel van de arts gaan zitten en het geld laten regeren.

De heer **De Lange** (VVD):
Mijnheer Van Gerven, we zijn het erover eens dat de patiënt centraal moet staan. U citeerde uit een onderzoek. Daar hoort een interessante vraag bij. Is aan die mensen ook verteld dat een publiek stelsel de consequentie heeft dat er 6,1 miljard extra premie betaald moet worden? U hoort het goed: 6,1 miljard. Is dat ook aan die mensen verteld? Zijn die mensen ook bereid om dat op te brengen?

De heer **Van Gerven** (SP):
Ik ben benieuwd waar die 6,1 miljard vandaan komt.

De heer **De Lange** (VVD):
U hebt een eigen plan gepresenteerd. Daar bent u nog niet aan toegekomen, maar volgens mij is het goed als we het daarover hebben. Uit de doorrekeningen van uw plan blijkt klip-en-klaar dat dit 6,1 miljard extra gaat kosten.

De heer **Van Gerven** (SP):
Ik kom zo dadelijk inderdaad op het plan. Uit ons plan blijkt dat het pakket volwaardig wordt gemaakt, dat de premies inkomensafhankelijk worden gemaakt, zodat iedereen naar draagkracht kan bijdragen. Het blijkt dat zeven van de tien gezinnen erop vooruitgaan. Alleen de allerhoogste inkomens gaan langzaamaan een beetje meer bijdragen, maar dat is een kwestie van solidariteit.

Ik kom op het SP-plan "De zorg is van ons". De SP laat met dit door het Centraal Planbureau doorgerekende plan zien, dat een publiek en betaalbaar zorgstelsel mogelijk is. Hoe dan? Ten eerste gaan zorgverzekeraars op in een publieke organisatie, zodat het geld naar de zorg gaat en niet naar reclames en het oppotten van miljarden in reserves. De macht van de zorgverzekeraars wordt gebroken. We maken

een einde aan de wirwar van polissen, het georganiseerde wantrouwen en de bureaucratie door de marktwerking en concurrentie te stoppen. Van concurrentie gaan we naar samenwerking. Het recht op zorg wordt over de hele linie, zowel landelijk als gemeentelijk, wettelijk verankerd. Met ons plan repareren wij wat de bezuinigingen kapot hebben gemaakt in de thuiszorg, de wijkverpleging, de dagbesteding en de verzorgings- en verpleeghuizen. Er komt een volwaardig basispakket met fysiotherapie, thuiszorg, tandzorg en geestelijke gezondheidszorg. De premies worden inkomensafhankelijk en we schaffen het eigen risico, de ziektetaks, af. De professionals krijgen weer de macht over onze zorg, samen met de patiënt.

Ik heb twee vragen aan het kabinet, aan de minister en de staatssecretaris. Is het plan dat de SP voorstelt mogelijk? Is het kabinet bereid in het belang van onze volksgezondheid de uitvoering van dit plan ter hand te nemen? Graag overhandig ik het plan nu via de voorzitter aan het kabinet.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Ik zal ook zorgdragen voor verspreiding onder de leden van de Kamer, zodat iedereen er kennis van kan nemen.

Ik neem aan dat er geen bezwaar tegen bestaat dat dit stuk ter inzage wordt gelegd bij het Centraal Informatiepunt van de Kamer.

(Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt van de Tweede Kamer der Staten-Generaal.)

De heer **Van Gerven** (SP):
Voorzitter. Ik ga door met twee verschrikkelijke termen: Transatlantic Trade and Investment Partnership (TTIP) en Trade in Services Agreement, oftewel TiSa. Dit zijn twee handelsverdragen die de toekomst van de Nederlandse zorg in gevaar brengen. Dat deze minister nog altijd in de zegeningen van de markt gelooft, en dat de SP de concurrentie en marktwerking wil afschaffen, is niks nieuws. De minister gaf echter altijd wel aan dat de alternatieven die de SP voorstelt, in een publiek zorgstelsel mogelijk zijn. Het is gewoon een politieke keuze. Nu bereiken ons echter uit Brussel verontrustende geluiden. Terwijl het kabinet ons bij het veelbesproken handelsverdrag TTIP steeds geruststelt dat de zorg hiervan uitgezonderd wordt, gooien we via een ander handelsverdrag, het zogenaamde TiSa, de deur wagenwijd open voor multinationals om de Nederlandse zorg over te nemen. En dat is nog niet alles: een en ander is ook nog eens onomkeerbaar. Een toekomstig sociaal kabinet wordt zo voor voldongen feiten gesteld. De SP wil van het kabinet de harde toezegging dat handelsverdragen als TTIP en TiSa geen invloed hebben op de wijze waarop wij in Nederland onze zorg organiseren en dat wij te allen tijde de mogelijkheid behouden om privatiseringen terug te draaien. Bovendien wil ik de garantie van de minister dat zij geen onomkeerbare besluiten neemt. Ook in het post-Schippers-tijdperk moet het mogelijk zijn om de zorg publiek te organiseren.

Het is overigens ook tijd voor een felicitatie voor het ambulancepersoneel in Nederland. Eindelijk is er een cao met afspraken over een beter loon en het afschaffen van de verplichte nachtdiensten voor 57-plussers. Het ambulancepersoneel verdient dit na maandenlange acties. Actie loont, maar er is meer. In de zomer ontving de Tweede Kamer een brief van de minister van marktwerking over de toekomst van de ambulancezorg. In 2018 vervalt de huidige wet en is nieuwe wetgeving noodzakelijk. De zorg is geen markt maar de minister lijkt nog eens gas bij te geven op een doodlopende weg. Als promotor van de zorgverzekeraars wil ze uit laten zoeken of de private zorgverzekeraars niet verantwoordelijk kunnen worden gemaakt voor de ambulancezorg. Een enquête van de SP laat zien dat een grote meerderheid van het ambulancepersoneel de ambulance publiek wil organiseren. Negen van de tien mensen zien niets in het dreigende aanbestedingscircus van de zorgverzekeraars. Jan Franssen, VVD'er en oud-voorzitter van het Interprovinciaal Overleg, zei het treffend: Ongelukken doen niet aan marktwerking. Is de minister bereid de publieke variant te onderzoeken, waarbij de gemeentes of een landelijke publieke organisatie verantwoordelijk worden voor de ambulancezorg?

Dan het basispakket. Ik heb al gezegd dat het niet volwaardig is. Ter reparatie dient de SP twee amendementen in voor het vergoeden van medisch noodzakelijke plastische chirurgie om mensen heel te maken en medisch noodzakelijke besnijdenissen voor de behandeling van voorstadia van kanker en recidiverende urineweginfecties. Wat de SP betreft verdienen ook deze groepen patiënten een volwaardig pakket.

De staatssecretaris denkt nu wellicht: dit gaat goed zo, de minister van marktwerking wordt aangepakt. Maar ik moet hem teleurstellen. Hij is nu aan de beurt. Van de VVD die de overheid demoniseert en van een rechtse minister die als mantra heeft "de zorg is te duur", mag je verwachten dat ze de publieke zorg willen slopen. Maar hoe erg moet het zijn voor een sociaaldemocraat als deze staatssecretaris dat hij de geschiedenis in zal gaan als de man die de AWBZ sloopte, die de thuiszorg sloopte, die de verzorgingshuizen afbrak en die de wijkverpleging ten prooi gaf aan de zorgverzekeraars, gekoppeld aan draconische bezuinigingen? Is de staatssecretaris daar trots op? Is het geen tijd voor een socialer beleid?

Een man schrijft ons het volgende. Mijn tante, mevrouw Aggie Scholtes is 88 jaar en geboren en getogen in Kloosterburen, een dorp op het Hogeland van Groningen, een paar kilometer van de Waddenzee. In deze afgelegen plattelandsomgeving heeft haar leven zich afgespeeld. Zij is de jongste dochter uit een gezin van negen kinderen. Alle broers en zussen zijn overleden. Zij heeft haar leven gewijd aan het verzorgen van haar ouders en vervolgens is zij alleenstaand gebleven. Zij leidt een enigszins teruggetrokken leven en heeft haar geboortestreek nooit verlaten. Men kan haar karakteriseren als een lief en bescheiden mens dat weinig eisen stelt. Zij woonde tot voor kort zelfstandig. Toen het thuis niet meer ging, werd er in haar eigen vertrouwde omgeving een plek gevonden in de vorm van een inleunwoning in Huis Olde Heem in Kloosterburen, waar zij meer zorg, veiligheid en aandacht kan krijgen. Zij wordt liefdevol behandeld door alle vrijwilligers, medewerkers en het hoofd van het zorgcentrum en begint na een halfjaar meer en meer te ontdooien en zich op haar gemak te voelen. Maar op 7 oktober 2015 komt daar abrupt een einde aan: Olde Heem moet dicht door de bezuinigingen. In het gunstigste geval kan zij terecht in Middelstum, 30 km verderop. Wat vindt de staatssecretaris hiervan? Is het geen tijd voor een socialer beleid?

Van de staatssecretaris horen we dat de overgang van zorg en ondersteuning van Rijk naar gemeenten beheerst is verlopen. De regering maakt ons wijs dat er niets aan de hand is. Maar mevrouw Scholtes is geen uitzondering. Dagelijks zien we in de media en in onze mailboxen schrijnende verhalen voorbijkomen. Dat zijn verhalen van mensen die nauwelijks of zelfs helemaal geen zorg krijgen. We zijn nu in een periode aanbeland waarin een generatie mensen zich te veel voelt voor de samenleving. Het is ook een periode van georganiseerd wantrouwen. Ze zijn te duur, de ouderen. Het is een periode waarin mensen geen pgb meer krijgen, waarin mensen rechtszaken moeten aanspannen om nog enige zorg te kunnen krijgen, of net die paar uur huishoudelijke verzorging, waardoor ze nog thuis kunnen blijven wonen. Is het geen tijd voor een socialer beleid, vraag ik de staatssecretaris.

De heer **Potters** (VVD):
Ik hoor de SP, zoals gebruikelijk, flink tekeergaan tegen alles en iedereen die zich met zorg bezighoudt. De heer Van Gerven presenteert hier een eigen plan, maar gaat er vervolgens niet nader op in. Hij stelt alleen maar vragen aan de staatssecretaris en de minister.

Ik heb nog wel een aantal vragen over het plan van de SP. Bij de stelselwijziging die de SP voorstelt, waarbij zij eigenlijk terug wil naar het oude ziekenfonds, gaat het om bijna 30 miljard waarvoor de SP helemaal geen dekking aangeeft. De grote transities, waar de heer Van Gerven nu heel grote woorden voor gebruikt, worden helemaal niet teruggedraaid. In het plan van de SP staat dat zij eigenlijk het pgb wil afschaffen. Dat zegt de heer Van Gerven niet hardop, maar dat wordt in de doorrekening wel duidelijk. Het Centraal Planbureau zegt dat het echt een substantiële vernietiging van werkgelegenheid is. Dit zijn de plannen van de SP. Het zijn grote woorden, maar de heer Van Gerven kan het hier niet eens uitleggen. Ik hoor graag van de SP wat zij van haar eigen plannen vindt. Kent de heer Van Gerven die eigenlijk wel? Moeten we die nu echt serieus nemen en moeten we daarop ingaan in de Kamer?

De heer **Van Gerven** (SP):
De heer Potters doet het ook: de samenleving diskwalificeren en mensen wegzetten alsof ze geen verstand hebben van de zorg, alsof ze geen idee hebben wat het beste zou zijn voor de samenleving. Die mening hebben wij verwoord in ons plan "De zorg is van ons". De zorg is immers niet van zorgverzekeraars, en die is niet van bureaucraten. De zorg is van ons, die is van ons en van de hulpverleners.

Er wordt bijvoorbeeld gezegd dat ons plan slecht zou zijn voor de werkgelegenheid. Dat is een neoliberaal mantra, dat het Centraal Planbureau huldigt. Maar wat zijn de feiten? Dat 65.000 mensen in de afgelopen twee jaar hun baan hebben verloren. Er zijn 65.000 banen vernietigd door het desastreuze bezuinigingsbeleid. In ons plan worden al die bezuinigingen gerepareerd. Dat levert juist tienduizenden banen op.

De heer **Potters** (VVD):
Het laatste is volstrekte onzin, want de heer Van Gerven repareert echt niet alle bezuinigingen. Hij wil wat extra geld toevoegen maar het is niet zo dat hij de grootste transities en decentralisaties terugdraait. Volgens mij moet de heer Van Gerven vooral eerlijk zijn tegen zijn eigen kiezers. Ik diskwalificeer mensen die zich druk maken over de zorg helemaal niet, want dat is nadrukkelijk ook onze zorg. De heer Van Gerven kan zijn eigen plan niet uitleggen, maar geeft wel een sneer in de richting van het Centraal Planbureau. Dat zijn neoliberalen die niet weten wat doorrekenen is. Volgens mij heeft het CPB echter duidelijk aangegeven dat het plan van de SP banen vernietigt. Ik heb dus maar één conclusie: het verhaal van de heer Van Gerven is bagger. Hij komt vaker met bagger in de Kamer. Dat is jammer, want het gaat over zorg die ons allemaal aangaat. Als de heer Van Gerven lef heeft, verdedigt hij zijn plan en weet hij wat erin staat in plaats van alleen maar af te geven op degenen die wel hart voor de zorg hebben en daar elke dag aan werken.

De heer **Van Gerven** (SP):
Ik begrijp niet dat, als de VVD het rapport wil bekritiseren, er niet van de feiten wordt uitgegaan. Wij repareren juist al die bezuinigen. Er is keihard 3 miljard bezuinigd op de langdurige zorg. Ik adviseer de VVD het rapport nog een keer goed te bestuderen en dan met een echt oppositioneel verhaal te komen als men dat nodig vindt.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Wil de heer Van Gerven reageren op twee feiten die in het rapport van de SP staan? Er staat in dat het banen kost, maar het gaat mij vooral om het pgb. Ik ben het met de heer Van Gerven eens dat de zorg van mensen en van zorgmedewerkers is, maar in dat hele rapport van 30, 40 pagina's komt het woord "pgb" niet meer terug. Kan de heer Van Gerven reageren op die twee feiten?

De heer **Van Gerven** (SP):
De SP investeert in de zorg. Er gaan miljarden extra naar de zorg als het SP-plan "De zorg is van ons" wordt uitgevoerd. De heer Van Dijk weet wat er gebeurt als je investeert in banen. Dat levert banen op. Ons plan levert tienduizenden banen op. Dat constateren wij. Wat we ook zeker weten, is dat er de afgelopen twee jaar 65.000 banen zijn verdwenen.

Dan de kwestie van het pgb. De SP schaft het pgb niet af. Wij gaan in principe uit van zorg in natura, want 90% of nog meer van de mensen is het meest gebaat bij die voorziening. Voor een kleine categorie, waarvoor zorg in natura niet voldoende op maat gesneden is, houden wij het pgb achter de hand. Wij schaffen het pgb dus helemaal niet af.

De **voorzitter**:
Ik verzoek de vragenstellers, maar ook de heer Van Gerven, beknopt te zijn.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Ik constateer dat in het rapport staat dat het banen kost, maar over de kwestie van het pgb wil ik nog een vervolgvraag stellen. Ik begrijp van de heer Van Gerven dat het rapport van de SP nog niet helemaal klaar is, want het pgb staat er nog niet in genoemd. Het rapport wordt dus nog in die zin aangepast.

De heer **Van Gerven** (SP):
Nee, het rapport bestaat uit bouwstenen. Het geeft heel duidelijk de richting aan, maar er staan niet alle aspecten van de zorg in.

Voorzitter. Klopt het dat de heer Van Dijk zojuist nog iets zei? Kan hij voor de microfoon herhalen wat hij zei?

De **voorzitter**:
Nee. We doen interrupties in tweeën. U was bezig met uw antwoord.

De heer **Van Gerven** (SP):
Dan zal ik het maar doen. Ik heb het woord "kiezersbedrog" gehoord.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Nee, nee ...

De heer **Van Gerven** (SP):
Ok. Dan is dat niet gezegd.

De **voorzitter**:
Mijnheer Van Gerven, gaat u verder en leg anderen geen woorden in de mond.

De heer **Van Gerven** (SP):
Ik heb met betrekking tot het persoonsgebonden budget het standpunt van de SP verwoord. Wij zeggen in ons rapport niets ten nadele van het persoonsgebonden budget.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Ik wil iets meer weten over het standpunt van de SP over het pgb. De heer Van Gerven zei zojuist dat zijn fractie uitgaat van zorg in natura en dat mensen, waar dat niet voldoet, kiezen voor het persoonsgebonden budget. Wie bepaalt of je kiest voor zorg in natura of voor het persoonsgebonden budget?

De heer **Van Gerven** (SP):
Dat is in principe aan de hulpverlener of de zorginstelling, samen met de patiënt. In pakweg 90% of meer van de gevallen voldoet zorg in natura. Waarom hecht de SP daaraan? Veel mensen, met name de ouderen, zitten niet te wachten op de hele organisatie rondom een pgb, want die brengt een hele hoop administratieve rompslomp met zich mee. Zij willen gewoon goed geholpen worden. Als dat goed georganiseerd kan worden, moeten we dat doen. Ik denk dat dat verreweg het prettigst is voor de meeste mensen. Er is een categorie — ouders met heel zwaar gehandicapte kinderen behoren bijvoorbeeld tot deze categorie — waarbij zo veel maatwerk is vereist, dat men dat zelf wil en kan organiseren. Voor die categorie is dat een heel goed alternatief voor de zorg in natura.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
De SP zegt dat de zorgverlener in principe, maar wel in overleg met de patiënt, bepaalt of er wordt gekozen voor een pgb. Dat is toch de verkeerde volgorde? De regie moet toch juist bij de patiënt liggen?! Als de patiënt, die oudere mevrouw bijvoorbeeld, zegt dat hij zorg in natura wil, is dat logisch en moet dat goed geregeld worden. De keuze moet in eerste instantie bij de patiënt liggen. Ik zou heel graag van de SP de bevestiging krijgen dat de SP dat ook zo ziet, want anders verschillen de SP en GroenLinks op dit punt met elkaar van mening.

De heer **Van Gerven** (SP):
Wij denken dat het in samenspraak moet. Het pgb is vaak misbruikt, omdat er geen geld was voor zorg in natura. De instellingen zeiden dan dat je wel wordt geholpen als je een pgb neemt. Wij vinden dat een heel foute route. Het geld moet niet de belemmerende factor zijn voor hetzij zorg in natura, hetzij het persoonsgebonden budget. Wij constateren dat dit in het verleden wel is gebeurd en dat daardoor mensen een persoonsgebonden budget hebben gekregen, die daar niet op zaten te wachten. Wij willen dat coûte que coûte voorkomen. Verder is ons standpunt dat het een samenspel moet zijn. Iemand kan wel een idee hebben, maar dat moet wel worden getoetst door diegenen die de zorg leveren. Dit moet echt een samenspel zijn, want … als het even mag, voorzitter?

De **voorzitter**:
Nou, eigenlijk wil ik mevrouw Bergkamp een vraag laten stellen, want zij staat bij de microfoon.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):
Het wordt heel erg interessant wat de SP nu zegt. Tot nu toe was het een beetje onduidelijk wat de SP wil met het persoonsgebonden budget. Nu wordt toch helder dat de SP een voorkeur heeft voor zorg in natura en dat het pgb wordt bepaald door de hulpverlener in plaats van door de cliënt. Klopt dat?

De heer **Van Gerven** (SP):
Nee, dat klopt niet, want het moet een samenspel zijn. Wij zeggen wel dat zorg in natura de voorziening is waar de meeste mensen het beste mee geholpen zijn. Dit blijkt ook uit de praktijk. Als iedereen een pgb zou hebben, zou het heel erg moeilijk en ingewikkeld zijn om de zorg goed te organiseren. Het persoonsgebonden budget moet gebruikt worden waarvoor het was bedoeld: voor die categorie mensen, ouders of patiënten, waarbij een voorliggende zorg in natura niet voldoende is en niet de zorg kan leveren die nodig is.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):
Het verhaal van de SP is tegenstrijdig. In de interruptiedebatten met mijn collega's verwijt de SP dat de cliënt niet serieus wordt genomen. Bij de cure is het verhaal van de SP dat de staat bepaalt en bij de care de professional. Ik schrik van dit verhaal, maar ben wel blij dat nu duidelijk wordt wat de SP wil met het persoonsgebonden budget. De SP wil het bijna geheel afschaffen, behalve een heel klein percentage, waarbij de zorgprofessional dan in de

lead moet zijn. In die zin ben ik blij met dit interruptiedebat, omdat het duidelijk wordt waar de SP voor staat bij het persoonsgebonden budget.

De **voorzitter**:
De heer Van Gerven, heel kort.

De heer **Van Gerven** (SP):
Wij zeggen niet dat de zorgverlener bepaalt. Wij zeggen dat het een samenspel moet zijn tussen patiënt en hulpverlener. Er wordt samen gezocht wat de beste manier van hulpverlenen is. Dat zal in de meerderheid van de gevallen niet het persoonsgebonden budget zijn. Het persoonsgebonden budget is geen doel. Als je een persoonsgebonden budget krijgt, is dat niet per se de beste manier van zorg. Dat is in een aantal gevallen zo, maar niet over de hele linie.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Ik kan toch niet goed begrijpen wat de SP nu naar voren brengt. De woordvoerder van de SP spreekt grote woorden over de toegankelijkheid van het pgb, maar tegelijkertijd zegt hij: laten wij het pgb maar zo klein mogelijk houden. De SP zegt ook "wij willen de zorg teruggeven aan mensen", maar als vervolgens de vraag aan de orde komt wie er over het pgb beslist, is vooral de zorgprofessional aan bod. Ik krijg graag een toelichting van de SP op de vraag welke keuzevrijheid mensen nu echt hebben als het gaat om de zorg die zij nodig hebben. Willen wij echt de zorg teruggeven aan mensen?

De heer **Van Gerven** (SP):
De zorg moet terug naar de patiënten en dus weg van de zorgverzekeraars en de rekenmeesters. Als je wilt bepalen welke zorg dan goed is, is dat een samenspel tussen de hulpverlener en de patiënt; niets meer en niets minder.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Wij hebben met elkaar vele debatten gevoerd over het persoonsgebonden budget. Daarin is steeds gezegd dat de personen die zorg nodig hebben, in de lead zijn. Zij weten uiteindelijk het beste wat kwaliteit van zorg is. De SP heeft dat nooit tegengesproken. Sterker nog, de SP heeft dat steeds onderstreept. Maar nu zegt de SP toch: wij willen het pgb zo klein mogelijk houden en wij willen dat de zorgprofessional en de zorginstelling in de lead zijn. Wat zijn dan onze inspanningen nog waard om toe te werken naar persoonsvolgende bekostiging? Die wordt Kamerbreed gezien als een oplossing om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Dan moet dit toch een gruwel zijn voor de SP?

De heer **Van Gerven** (SP):
De SP wil het persoonsgebonden budget niet zo klein mogelijk houden, helemaal niet. Dat zeggen wij ook niet. Wij zeggen wel: het is slechts een probaat middel voor een kleine groep die zorg nodig heeft. Dat is wat wij beweren, niets meer en niets minder.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):
Even concreet: er zijn nu ongeveer 140.000 budgethouders. Hoeveel van hen mogen straks nog een pgb hebben en hoe gaat de SP dit dan regelen? Nu staat in de wet dat iemand die zijn of haar zorg in de vorm van een pgb wil, dit ook krijgt. Staat dan straks over het pgb in de wet: u krijgt een pgb als de zorgverlener dat ook een goed idee vindt?

De heer **Van Gerven** (SP):
Dat is niet wat wij zeggen. Wij zeggen: het is een samenspel tussen de hulpverlener en de patiënt of de ouders van het kind dat het betreft. Niets meer en niets minder. Dat is altijd zo. Neem het voorbeeld van de huisarts die een bepaalde behandeling voorstelt voor een patiënt. Dan wordt er toch ook overlegd? Dan is het toch ook niet zo dat de patiënt zegt "zus en zo moet het", en dat is het dan? Een professional heeft ook zijn standaarden en normen. Laat ik een beetje bevoogdend zijn. Dat zit natuurlijk toch een beetje in mijn aard als oud-huisarts. Soms moet je mensen behoeden voor bepaalde zaken, waarvan je zeker weet: dat gaat het niet worden. Dan moet niet het geld het uitgangspunt zijn, maar de vraag: wat heeft die persoon of dat gezin in deze concrete situatie nodig? Het is een samenspel en niet een dictaat van de hulpverlener.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):
Dan heeft de pgb-houder dus helemaal niets aan de SP vandaag. Nu is het zo geregeld: als de zorg van goede kwaliteit is en als ik als toekomstig budgethouder zeg dat ik die zorg via een persoonsgebonden budget wil hebben, dan krijg ik dat. In de wereld van de SP gaat dat uiteindelijk dus anders worden. De zorgverlener, de professional moet van mening zijn dat een pgb een goed instrument is. Daarmee laat de SP de budgethouder compleet in de kou staan.

De heer **Van Gerven** (SP):
De 140.000 budgethouders die er nu zijn, hebben niets van de SP te vrezen, als zij op dit moment de zorg krijgen die goed is voor henzelf of voor hun kind. Dat beweert de SP ook helemaal niet. Wij zeggen alleen dat verreweg de grootste groep het beste geholpen is met zorg in natura. Dat sluit helemaal niet uit dat voor een bepaalde categorie mensen het persoonsgebonden budget een goed alternatief is, omdat zij met zorg in natura niet uitkomen. Wij zijn voor goede zorg in natura, maar met die groep waarvoor een pgb echt nodig is, hebben wij ook het goede voor.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):
Voorzitter ...

De **voorzitter**:
We doen interrupties in tweeën.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):
Ik snap het, maar de SP is buitengewoon betuttelend hierin en het is toch goed om dat vast te stellen.

De **voorzitter**:
We doen interrupties in tweeën. Het woord is aan de heer Potters en daarna vervolgt de heer Van Gerven zijn betoog, zou ik willen voorstellen. Heel kort, mijnheer Potters.

De heer **Potters** (VVD):
Volgens mij heeft dit debat wel opgeleverd dat de SP haar ware gezicht laat zien. Ik had in mijn eerste interruptie twee vragen gesteld. Hoe zit het met die 30 miljard transitiekosten die doorgerekend zijn? Wat zou het opleveren als we weer naar het oude ziekenfondsstelsel gaan? Hoe gaat de heer Van Gerven dat dekken en waar heeft hij daarvoor middelen vrijgemaakt?

Mijn tweede vraag: wat vindt de heer Van Gerven van de kwalificatie van het Centraal Planbureau? Die noemt dat plan dramatisch voor de werkgelegenheid en zegt: dit is echt slecht, dit moet je niet doen. Zegt de heer Van Gerven nu eigenlijk: we nemen het Centraal Planbureau niet meer serieus? Dan hoeft hij voortaan zijn plannen er ook niet meer naartoe te sturen om ze te laten doorrekenen. Of wil hij ervan leren en geeft hij toe dat het misschien toch geen goed plan is?

De heer **Van Gerven** (SP):
Ik begin met het laatste. Het Centraal Planbureau stelt dat het, als je de zorgsector uitbreidt en repareert via inkomensafhankelijke premies, ten koste zou gaan van de werkgelegenheid. Dat is gewoon een stelling, maar het is niet bewezen. Wel bewezen is dat het, als je 3 miljard bezuinigt op de zorg zoals recent is gebeurd, 65.000 banen heeft gekost. De SP is het op dat vlak oneens met het Centraal Planbureau. We staan daar overigens niet helemaal alleen in.

Tot slot op dit punt nog even dit. Het CPB heeft die opmerking gemaakt, maar we hebben afgesproken dat dit niet helemaal wordt uitgewerkt, omdat wij de cijfers wilden hebben. Wij zijn het gewoon op dit punt niet eens met het CPB.

De heer **Potters** (VVD):
Wat is het nou? Ik heb een rapport liggen van de SP, doorgerekend door het Centraal Planbureau. De heer Van Gerven gaat daar vrijelijk uit shoppen en vindt dat hij een goed plan heeft ingediend. Het CPB is echter heel kritisch op één punt, namelijk de werkgelegenheid. Dat lijkt mij voor de SP een belangrijk onderdeel. Dan zegt hij: dat komt mij toch eigenlijk niet zo goed uit, dus dat deel neem ik niet serieus. Ik zou in het vervolg gewoon geen plannen meer laten doorrekenen en maar in mijn eigen utopie blijven geloven en maar denken dat ik de wereld maakbaar kan maken. Het Centraal Planbureau is kritisch geweest en het valt mij ontzettend tegen dat de heer Van Gerven daar afstand van gaat nemen.

De heer **Van Gerven** (SP):
Wij geloven in een maakbare wereld. De wereld is van mensen, gemaakt door mensen, met mensen, en dat kan. Het is gewoon een politieke keuze. Dat is één. Twee: het Centraal Planbureau kan goed rekenen en wij hebben het ook gevraagd om uit te rekenen wat er gebeurt als we de premies inkomensafhankelijk maken. Het heeft laten zien dat dan zeven van de tien gezinnen erop vooruitgaan, dat het eigen risico, waar vrijwel iedereen tegen is, kan worden afgeschaft, dat iedereen een volwaardig pakket kan krijgen en dat de 3 miljard, die keihard wegbezuinigd is bij de langdurige zorg, gewoon gerepareerd kan worden. Geen probleem. Dan gaan nog zeven van de tien gezinnen erop vooruit ten opzichte van de huidige situatie. Kijk eens wat we daar allemaal voor terugkrijgen. Chapeau, zou ik zeggen. Doe mee, omarm dat voorstel.

Nog even die 30 miljard transitiekosten. De SP zegt: wij vormen de ziektekostenverzekeraars om tot een landelijke zorgverzekering en om die omvorming te realiseren, gebruiken we gewoon de reserves die nu ruim voorradig zijn. Er ligt nu ruim 9 miljard voor een groot gedeelte te roesten. Dat geld is nodig voor bepaalde risico's. In ons stelsel wordt het onmogelijk dat die publieke zorgverzekeraar failliet gaat. Dan kunnen de reserves die nu liggen te roesten, wat nu dood premiegeld is, geïnvesteerd worden in de zorg. In ons geval gebruiken we dat geld om het stelsel weer om te vormen tot een publiek sociaal stelsel.

De **voorzitter**:
Mijnheer Van Gerven, gaat u verder met uw betoog.

De heer **Van Gerven** (SP):
Is het geen tijd voor een socialer beleid? De staatssecretaris is niet verbaasd over het toegenomen aantal rechtszaken. Dat hoort erbij, zegt hij, als je wijzigingen doorvoert. Tussen neus en lippen door geeft hij de gemeenten vervolgens de schuld van de toename. Hoezo beheerst? Een periode van zorgstops in de thuiszorg en gedwongen verhuizingen van ouderen, omdat de verzorgingshuizen sluiten en tegelijkertijd zwaar wordt bezuinigd op de thuiszorg. Een periode waarin terminale zorg in het geding is en het aantal verwarde mensen in de samenleving toeneemt vanwege te snelle beddenafbouw in de ggz. Een periode waarin steeds meer mensen hun zorgkosten niet meer kunnen opbrengen, maar ook een periode van loondumping en een periode waarin 65.000 zorgverleners de laan uit werden gestuurd.

Is het geen tijd voor een socialer beleid? In het afgelopen jaar is de staatssecretaris meerdere malen gewaarschuwd. De Algemene Rekenkamer concludeerde dat zijn bezuinigingen niet haalbaar zijn. De Ombudsman oordeelt vernietigend over de door de staatssecretaris georganiseerde pgb-chaos. 85% van de Nederlanders wil geen bezuinigingen op de zorg en meer dan 700.000 mensen tekenden een petitie voor betere zorg. Deze staatssecretaris trekt zich daar echter niets van aan en geeft anderen de schuld. Gepaste afstand houden en tien vingers aan de pols, zo noemt de staatssecretaris dat. Wegkijken en de patiënt laten vallen, zo noem ik dat. De bezuinigingen, gedicteerd door Brussel, gaan kennelijk boven de mensen. Deze kille bureaucraat komt zijn beloften voor betere zorg niet na, terwijl hij al twee moties van wantrouwen aan zijn broek heeft.

Is het geen tijd voor een socialer beleid, vraag ik de staatssecretaris. Geld is kennelijk toch niet het probleem, nu dit kabinet erin slaagt 5 miljard te verjubelen terwijl de zorg crepeert. Is hij bereid de bezuinigingen op de Wmo van tafel te halen, uitgaande van het principe dat geld de behoefte aan zorg hoort te volgen?

Financiële drempels, of het nu het eigen risico, de ziektetaks dan wel de eigen bijdrage is, zorgen er niet voor dat mensen die zorg het meest nodig hebben die zorg ook krijgen. Ze zorgen ervoor dat de mensen met de kleinste beurs het eerst afzien van zorg. Een op de vijf mensen ziet vanwege het geld weleens af van zorg. Dit gegeven vormt een bedreiging voor de gezondheid van met name de lagere-inkomensgroepen, waar elke euro telt. Dit kan leiden tot groeiende sociaal-economische verschillen en gezondheidsverschillen die al enorm zijn. Huisartsen en andere zorgprofessionals zien die gevolgen iedere dag opnieuw. Patiënten willen bijvoorbeeld minder snel naar het ziekenhuis worden doorverwezen en weigeren extra eerstelijnsdiagnostiek of een soa-test, puur vanwege de kosten die dat met zich meebrengt. Zij moeten kiezen tussen hun eigen gezondheid en het betalen van huur. Kunnen beide bewindslieden hierop reageren? Is de regering bereid een financiële uitvoeringstoets te starten naar de houdbaarheid van een eigen bijdrage in de Wlz en de Wmo en de stapeling hiervan met het eigen risico?

Het huidige stelsel, gericht op concurrentie, omzetvergroting en winst maken, haalt het slechte in mensen naar boven. Cijfers wijzen erop dat de goodwill bij huisartsen weer een feit is bij een op de drie praktijken die worden overgedragen. Is de minister bereid dit onmogelijk te maken en strafbaar te stellen? Is de minister bereid in het jaar van de transparantie zorginstellingen te verplichten het declaratiegedrag van de bestuurders en de raden van toezicht openbaar te maken? Wie niets te verbergen heeft, legt verantwoording af, toch? De samenleving heeft het recht om te weten of er declaratiegraaiers onder onze zorgbobo's zitten.

Wij staan voor een belangrijke keuze in de zorg. Gaan we door op de ingeslagen weg van marktwerking, concurrentie, schaalvergroting, meer macht naar de zorgverzekeraars, winstdenken en steeds grotere betalingsproblemen van nu al meer dan 1 miljoen mensen? Of kiezen we voor een systeem gebaseerd op solidariteit, met inkomensafhankelijke premies, samenwerking, waar niet het geld regeert, maar de behoefte van de patiënt uitgangspunt is? Het moge duidelijk zijn dat de SP kiest voor het laatste. De zorg is van ons.

☐

De heer **De Lange** (VVD):
Voorzitter. In het eerste deel van de begrotingsbehandeling, met als speerpunt Samen Beslissen en kwaliteit van leven, zal ik mij richten op die onderwerpen die voornamelijk raken aan de curatieve zorg. Mijn collega Sjoerd Potters zal daarna ingaan op de langdurige zorg.

Of we het nu willen of niet, op enig moment in ons leven krijgen we te maken met zorg. Voor iedereen telt op dat moment maar één ding: als je ziek bent, wil je zo snel mogelijk weer beter worden. Als je door een ongeluk of ziekte te maken krijgt met een handicap of een beperking, wil je zo veel mogelijk zelf je leven blijven inrichten. In alle gevallen geldt dat je, ondanks een ziekte of een beperking, je eigen kwaliteit van leven zo veel mogelijk overeind wilt houden. Dat laat ook Marloes zien. Op jonge leeftijd kreeg zij een dwarslaesie. Ze groeide op tot een zelfbewuste vrouw die nu aan het werk is als ervaringsdeskundige bij revalidatiecentrum Roessingh in Enschede. De wijze waarop deze jonge vrouw anderen helpt, is fantastisch.

De inzet van zorgmedewerkers en wetenschappers geeft ook redenen om optimistisch te zijn. Innovatie maakt dat we ieder jaar nieuwe technieken en behandelmethodieken ontdekken. Heel gaaf is het toekomstperspectief in het bericht van het VUmc dat met één druppel bloed kanker sneller kan worden opgespoord. Wat tien of twintig jaar geleden niet kon, kan morgen wel. Opgeven is geen optie!

Tegelijkertijd brengen al die nieuwe mogelijkheden ook nieuwe dilemma's en uitdagingen met zich mee. Doordat we in Nederland terecht en verstandig hebben gekozen voor een zorgstelsel waarin gezonde mensen zich solidair tonen met mensen die ziek worden, is er altijd een spanningsveld tussen de beschikbaarheid en de betaalbaarheid van de zorg. Soms zijn we patiënt, soms zijn we mantelzorger, zorgverlener of bezorgd familielid. Maar we zijn altijd premiebetaler. Als we de balans tussen de beschikbaarheid en betaalbaarheid uit het oog verliezen, lopen we het risico de solidariteit tussen gezond en ziek te ondermijnen. Als liberaal ben ik trots op de solidariteit in ons zorgstelsel. Het financieel verschil tussen gezond en ziek is nooit hoger dan de hoogte van het eigen risico. Het maakt niet uit of je werkt als schoonmaker of eigenaar bent van een schoonmaakbedrijf: bij de dokter in het ziekenhuis kun je vertrouwen op exact dezelfde zorg. Voor de VVD is dat een groot goed.

Deze minister is erin geslaagd om het basispakket de afgelopen jaren te laten groeien door goede afspraken met zorgverzekeraars en zorgverleners te maken over de stijging van de zorgkosten. Het is gelukt om op een zinnige en zuinige wijze de sterke groei van de zorgkosten meer in lijn te brengen met de economische groei. De VVD vindt dat ook voor het draagvlak belangrijk. Iedere euro die we uitgeven aan de zorg, is waardevol. Als de zorg ongebreideld zou groeien, worden andere overheidsuitgaven verdrongen. Dit is niet alleen een verantwoordelijkheid van de overheid, maar ook van verzekeraars, bestuurders en zorgprofessionals. De zorg wordt niet beter door vast te houden aan de gevestigde orde en belangen, maar wel door te blijven inzetten op een betaalbaar, toegankelijk en breed basispakket voor iedereen.

De heer **Van Gerven** (SP):
Wat de VVD hier doet, is welbekend: weer de mantra neerleggen dat de zorg te duur is en dat deze onbetaalbaar wordt. Dat is gewoon een leugen. De zorg in Nederland ontwikkelt zich qua kosten vergelijkbaar met die in de ons omringende landen. Het is gewoon een politieke keuze of je dat ervoor over hebt. Ik wil de heer De Lange de volgende vraag voorleggen. Is hij het ermee eens dat het geld de behoefte moet volgen?

De heer **De Lange** (VVD):
De VVD is het eens met het feit dat we een heel goed gezondheidsstelsel hebben in Nederland. We stralen dat ook met trots uit. Dezelfde lijstjes als die waarnaar de heer Van Gerven verwijst, wijzen dat keer op keer ook uit. We doen het gewoon goed in Nederland. Dat moet ook eens wat vaker in het parlement worden gezegd.

Natuurlijk gaat het goed doordat we binnen dit systeem de ruimte geven om kwalitatief te verbeteren. Voor de VVD staat de kwaliteit altijd voorop en de ruimte daarvoor wordt geboden. De VVD zet in op een breed basispakket en op het feit dat er ruimte wordt gecreëerd voor al die mogelijk-

heden, innovaties en technieken waar we zo blij mee zijn. Je maakt keuzes om uiteindelijk het stelsel overeind te houden. Dat is: op een goede manier werken aan een goede zorg, zodanig dat gezond betaalt voor ziek en dat mensen dezelfde behandeling krijgen. Wij staan voor die solidariteit en dat brede basispakket.

De heer **Van Gerven** (SP):
Dat is geen antwoord op mijn vraag. Wij kunnen constateren dat dit kabinet, dat wordt geleid door de VVD, snoeihard bezuinigt op de gezondheidszorg. In zijn totaliteit gaat het om wel 6 miljard: 3 miljard op de langdurige zorg en 3 miljard minder groei, zoals wij dat altijd zeggen, van de curatieve zorg. Moet — ik citeer nu een collega van de heer De Lange — het geld niet de inhoud volgen? Moeten wij niet eerst met zijn allen vaststellen wat nodig is voor de gezondheidszorg, voor een goede basiszorg voor iedereen, in plaats van het om te draaien, zoals de VVD doet? Die zegt: de zorg is te duur, kappen maar.

De heer **De Lange** (VVD):
Ik moet wederom constateren dat de heer Van Gerven zijn cijfers niet op orde heeft. Volgend jaar stijgen de zorgkosten gewoon. Er wordt nog steeds extra geïnvesteerd in de zorg. Dat kan alleen maar omdat dankzij de doorgevoerde veranderingen in het stelsel de mogelijkheid ontstaat om de zorgkosten beheersbaar te houden. De VVD staat voor het brede pakket. Die mogelijkheden zijn er nog steeds. De heer Van Gerven heeft het niet bij het juiste eind. Volgend jaar gaat er nog steeds meer geld naar de zorg, en dat is goed besteed geld.

De **voorzitter**:
De heer De Lange vervolgt zijn betoog.

De heer **De Lange** (VVD):
Juist als je trots bent op de resultaten van ons zorgstelsel, moet je kritisch durven te zijn op ongewenste bijwerkingen. Wie je de afgelopen maanden ook sprak in de zorg, het ging al snel over de administratieve last en de regeldruk. Voor een deel is die verklaarbaar. Wij hebben bijvoorbeeld allerhande specifieke wensen op het gebied van kwaliteit en transparantie. Het is echter essentieel dat wij een goede balans zoeken en vinden tussen de vele specifieke wensen enerzijds en de regeldruk en administratieve last als gevolg daarvan anderzijds. Dit jaar is door de minister uitgeroepen tot het Jaar van de Transparantie. De resultaten laten zien dat het werkt en dat er een beweging op gang is gekomen onder alle betrokkenen in de zorg. Is het een idee om 2016 uit te roepen als het Jaar van Minder Regels en Meer Vertrouwen? Graag een bij voorkeur positieve reactie van de minister.

Systemen zijn er voor mensen, niet andersom.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Het CDA roept inmiddels al zes jaar dat wij minder regels en meer vertrouwen moeten hebben. Waarom komt de VVD pas in het vijfde regeringsjaar voor deze minister met dit lumineuze idee?

De heer **De Lange** (VVD):
Ik ben in ieder geval blij te constateren dat mevrouw Bruins Slot het idee van de VVD lumineus noemt en wil omarmen. Laten wij zaken doen. Dit is een duidelijke oproep, gesteund door het CDA en de VVD.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Waarom duurt het vijf jaar voordat de VVD eindelijk tot het inzicht komt dat wij iets moeten doen aan het verminderen van de regels in de zorg, nadat hierover vele amendementen en moties zijn ingediend? Waarom komt u eigenlijk zo laat tot dit inzicht?

De heer **De Lange** (VVD):
Het leuke is dat door de wijze waarop u de vraag stelt, mij helder wordt dat dit onderwerp al veel langer speelt in de Kamer en dat de VVD er altijd voor heeft gepleit om daar waar regels kunnen worden verminderd, ze ook te verminderen. Dat zit in onze liberale aard. Wij houden van een kleine overheid en van minder regels. Het lijkt mij wel goed, en dat heeft het Jaar van de Transparantie ons geleerd, om focus te hebben. Vandaar dit voorstel. Ik ben blij dat u dit steunt.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Een hartstikke mooi plan om iets te doen aan de vele regels waar zorgverleners en cliënten mee te maken hebben! Nu even concreet. Ook de zorgverzekeraars zijn een grote boosdoener als het gaat om regels. Die komen steeds met eigen uitvragen en eigen regels. Vindt de VVD dat daar ook wat aan gedaan moet worden?

De heer **De Lange** (VVD):
Het antwoord daarop is: ja, het geldt voor alle partijen. Als je ze met elkaar om tafel zet, blijk je mooie stappen te kunnen zetten. Zorgverzekeraars hebben ook een rol.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Ik ben heel blij met dit voortschrijdende inzicht. Vorig jaar bij de behandeling van de VWS-begroting legde de VVD de bal vooral neer bij de zorgverleners. Vooral zij moesten worden aangepakt. Ik begrijp nu dat ook de VVD zegt dat wij ook wat moeten doen aan de zorgverzekeraars. Zij moeten ophouden met het stellen van eigen eisen.

De heer **De Lange** (VVD):
Mevrouw Voortman, u moet het niet verengen tot één groep. De inzet is dat je het samen doet. Daar zijn alle partijen binnen de zorg verantwoordelijk voor.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Dit was het jaar van transparantie in de zorg. Natuurlijk hoort bij transparantie een stukje verantwoording, maar laten we er inderdaad voor zorgen dat er geen overkill is aan bureaucratie. Het voorstel van de ChristenUnie is om volgend jaar, het jaar 2016, het jaar van het vertrouwen te maken en om de zorgprofessionals vertrouwen te geven en terug te geven. Steunt de VVD dat?

De heer **De Lange** (VVD):
Het voorstel was: minder regels en meer vertrouwen. Ik ben blij dat wij met dit voorstel dus in ieder geval ook invulling geven aan uw wens, want volgens mij is uitgaan van vertrouwen de basis om tot minder regels te komen. Dat deel ik dus; inmiddels hebben wij dus ook steun van de ChristenUnie.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Laten we daarin dan goed samen optrekken, want ik zie nu gebeuren dat de zorgverlening in de knel komt door een overload aan bureaucratie. Het is heel belangrijk dat het vertrouwen teruggaat naar de zorgprofessional. Ik laat nog even in het midden wie wie steunt, maar laten we hier samen in optrekken: het jaar van vertrouwen, 2016.

De **voorzitter**:
De heer De Lange vervolgt zijn betoog.

De heer **De Lange** (VVD):
Systemen zijn er voor mensen, niet andersom. Bij zorgverzekeraars en zorgverleners is dat besef nog niet altijd voldoende aanwezig. Als premiebetalers zijn wij eerst en vooral klanten van de zorgverzekeraar. Als patiënten willen we terecht ook als mensen worden gezien en behandeld. Waar je in het verleden naar de dokter ging voor een diagnose en de bijbehorende behandeling, stappen we tegenwoordig gewapend met apps, Google en een schat aan openbare informatie de behandelkamer binnen. Voor een arts zal dat soms lastig zijn. We hebben toegang tot alle informatie, maar beschikken niet per se over de kennis om die informatie op waarde te schatten. Dat neemt niet weg dat wij als patiënten het recht hebben om zelf mee te praten over de behandeling die we moeten ondergaan en over de risico's en de gevolgen daarvan. "Zo gaan we het doen", kreeg Jannie Oskam na de diagnose borstkanker te horen van haar arts. In haar boek maakt zij op indringende wijze helder dat dit anders moet en kan. Voor de VVD is Samen Beslissen een van de belangrijkste bewegingen in de zorg. Als we patiënten beter in staat stellen om samen met een arts te beslissen over de behandeling die het best past, geven we de patiënt regie. Dan krijg je als mens letterlijk invloed op je eigen kwaliteit van leven.

Op verschillende plekken in ons land wordt inmiddels gebruikgemaakt van shared decission making tools om patiënten in staat te stellen om goed geïnformeerd te kiezen voor de behandeling die het best past in zijn of haar situatie. Goede voorbeelden hiervan zijn de inzet van besluitvormingshulpen bij ivf of de chief listening officer bij het Radboudumc in Nijmegen. Afgelopen vrijdag heb ik in Utrecht bij oncoloog Miriam Koopman mogen ervaren hoe ongelofelijk belangrijk het is dat je als patiënt wordt meegenomen in de verschillende keuzes. Zij maakte duidelijk dat een patiënt soms wel tientallen medische professionals heeft gezien en ingrepen heeft ondergaan voordat een moment van bezinning op de verdere behandeling plaatsvindt. Die bezinning is essentieel: dan krijg je de mogelijkheid om je emoties een plaats te geven, de enorme hoeveelheid informatie te verwerken en met je behandelteam te werken aan behandelopties die passen bij de kwaliteit van leven die je voor ogen hebt.

In een recente brief over Samen Beslissen schetst de minister op basis van inspiratievolle praktijkvoorbeelden drie hoofdbelemmeringen die moeten worden opgelost: koppeling van ICT-systemen, ervaren belemmeringen bij inkoop en bij financieringsstructuren en de gewenste cultuuromslag. De VVD steunt de voorstellen om dit soort belemmeringen te doorbreken en te slechten. De VVD wil echter ook bekijken of we nog een stap verder kunnen gaan. Daarbij zou de VVD graag zien dat Samen Beslissen nadrukkelijk onderdeel gaat uitmaken van de medische richtlijnen en protocollen die worden gebruikt om ervoor te zorgen dat iedere patiënt de behandeling krijgt die bij hem of haar past. Samen Beslissen moet net zo normaal worden als het opnemen van je bloeddruk. Zou de minister hierop willen reageren en zou zij willen aangeven op welke wijze voor de hele zorg concrete acties ondernomen kunnen worden om Samen Beslissen onderdeel te laten worden van de richtlijnen? Hoe zorg je ervoor dat dit echt zeggingskracht krijgt?

Bij Samen Beslissen, het nemen van regie over je eigen leven, horen zoals gezegd zeker ook de tijd en de ruimte die je soms nodig hebt om na te denken over de gevolgen van de gestelde diagnose, de behandelmogelijkheden en de kwaliteit van leven die daarvan het gevolg is. Sinds vorig jaar bestaat daarom het kijk- en luisterconsult en de time-out. Uit antwoorden blijkt dat er nog geen concrete cijfers over het gebruik daarvan voorhanden zijn. Signalen wijzen wel uit dat dit nog onvoldoende wordt ingekocht door verzekeraars en dat het in de praktijk nog onvoldoende bekendheid geniet bij artsen en patiënten. Dat moet beter. Welke mogelijkheden zijn er om hiertoe stappen te zetten? Welke acties worden ondernomen? Kan het opnemen van Samen Beslissen in de medische richtlijnen ervoor zorgen dat deze ontwikkelingen worden versneld? Graag een reactie van de minister.

Omdat wij de regie en kwaliteit zo belangrijk vinden, leg ik ook hier een verband met de onafhankelijke familievertrouwenspersonen in de geestelijke gezondheidszorg. Zij werken in toenemende mate met gemeenten samen om ervoor te zorgen dat mensen zo lang mogelijk thuis in hun vertrouwde omgeving kunnen blijven wonen. Daarmee leveren zij een belangrijke bijdrage aan een ambitie die dit kabinet heeft uitgesproken, want uiteindelijk wonen mensen het liefst in hun eigen huis. Is de minister bereid het budget voor de familievertrouwenspersonen licht op te hogen zodat een landelijk dekkend netwerk kan worden opgezet en gemeenten in de positie worden gebracht om de regierol verder op te pakken? Ik bereid samen met de Partij van de Arbeid een amendement voor om dit mogelijk te maken.

Als je als patiënt samen met de arts kiest voor een behandeling die het beste past bij jou en jouw situatie, mag je erop vertrouwen dat die behandeling ook werkt. Wat effectief is, is op dit moment helaas nog niet in alle gevallen bekend. Het initiatief Meetbaar Beter is zeer inspirerend. Het is ooit specifiek ontwikkeld door de afdeling Cardiologie van het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven, omdat de cardiologen daar zich door vergelijking van onderlinge resultaten steeds verder wilden verbeteren.

Inmiddels is Meetbaar Beter in zeer veel hart- en interventiecentra in ons land geïmplementeerd. Veel cardiologen hebben hieraan gewerkt en zij vergroten nu de kennis over de behandeling die zij uitvoeren. Daarbij wordt niet alleen

gekeken naar het directe effect van de behandeling, maar ook naar de gezondheidswinst op de langere termijn en de effecten van een behandeling op de kwaliteit van leven.

Door het vergelijken van de onderlinge resultaten, wordt continu bekeken welke werkwijze het beste is voor de medische resultaten en voor de kwaliteit van leven. Nieuwe inzichten worden snel geïmplementeerd. Dit is een werkwijze die naar de mening van de VVD brede navolging verdient. Wat ons betreft wordt die ook op andere terreinen van de zorg toegepast. De patiënt moet tijdens het beslismoment centraal staan. Hij of zij moet erop kunnen rekenen dat hij of zij de behandeling krijgt die aantoonbaar effectief is. Immers, naast de potentiële risico's die bij iedere behandeling horen, is ook de potentiële gezondheidswinst van groot belang. Ik hoor graag van de minister hoe dit in het beleid zal worden meegenomen. Hoe zorgen wij ervoor dat het inspirerende Meetbaar Beter van de cardiologen ook wordt ingezet door andere medische beroepsgroepen?

De VVD is van mening dat inzicht in de effectiviteit van een behandeling van groot belang is. Daarom heeft zij er vorig jaar bij de behandeling van de begroting voor gezorgd dat er 1,5 miljoen euro is vrijgemaakt voor systematisch onderzoek naar de mate waarin behandelingen effectief zijn. Kan de minister aangeven wat de status is van dit onderzoek? Wil zij daarbij aangeven of dit onderzoek breder kan worden opgepakt om ook op andere terreinen de effectiviteit van behandelingen beter in kaart te brengen? Kan hierbij worden meegenomen op welke wijze het verschil tussen man en vrouw en de invloed van ouderdom hierin een plaats zullen krijgen? Hebben de zorgverzekeraars inmiddels voor de gewenste cofinanciering gezorgd — dit was vorig jaar nog een punt van discussie — zodat nog meer belangrijk onderzoek kan worden gedaan naar niet-effectieve behandelingen en sneller kan worden overgegaan op behandelingen die wel effectief zijn?

De effectiviteit van behandelingen brengt mij op het onderwerp innovatie in de zorg. Ik noemde eerder de veelheid aan apps en informatie waarmee de patiënt de spreekkamer binnenkomt. Ik zie echter ook heel praktische activiteiten van ondernemers die kansen zien om de zorg in Nederland en daarbuiten beter te maken. Zo sprak ik de ervaren optometrist, Rien, die in de Rotterdamse regio op doeltreffende en makkelijk toegankelijke wijze de ogen onderzoekt op tekenen van suikerziekte. Dit heeft tot gevolg dat de oogartsen aldaar zich weer bezig kunnen houden met de echt ingewikkelde diagnoses en de wachttijden in de wachtkamer van het ziekenhuis minder lang zijn. Als wij die ondernemers, maar ook de zorgprofessionals, de ruimte geven, komen innovatie en kwalitatief hoogwaardige concepten sneller van de grond. In de begroting staat dan ook gelukkig te lezen dat verdere stappen worden gezet op het gebied van e-health. Dit roept nog wel de vraag op of de minister een inventarisatie kan geven van de wetten en regels die innovatie belemmeren. Welke concrete doelen worden gesteld om die belemmeringen op te heffen?

In het bijzonder wil ik aandacht vragen voor het initiatief Hartveilig wonen. Dit hulpsysteem is gekoppeld aan alle meldkamers, met inmiddels 20.000 vrijwilligers die snel ter plaatse kunnen zijn om te helpen bij een reanimatie of bij een hartstilstand. De heer Van Gerven begon zijn betoog met te zeggen hoe belangrijk dit is. In afwachting van de ambulance starten deze vrijwilligers alvast de reanimatie. Hierdoor verdubbelt de overlevingskans. U hoort het goed: een verdubbeling van de overlevingskans. De 47-jarige vader Koen leeft nog omdat zijn buren binnen twee minuten ter plaatse waren toen hij geheel onverwacht een hartstilstand kreeg. Gelukkig heeft Koen hieraan door het snelle optreden van zijn buurvrouwen geen blijvend letsel overgehouden. Het zou fantastisch zijn als wij dit initiatief in heel Nederland kunnen laten werken. Naast de mogelijkheid tot reanimeren, biedt dit ook de mogelijkheid om deze goed getrainde vrijwilligerspool in te zetten bij andere calamiteiten waar medische bijstand helpt. Ik wil de minister dan ook vragen of zij bereid is om een bijdrage van 1 miljoen euro vrij te maken om dit initiatief landelijk uit te rollen. Ook op dit punt heb ik een amendement in voorbereiding.

Voordat ik mijn aandeel in deze begrotingsbehandeling afrond, wil ik nog twee punten kort aanstippen.

Innovatie brengt veel nieuwe mogelijkheden met zich, maar nieuwe behandelingen en medicijnen zijn vaak duur. In het begin van mijn bijdrage benadrukte ik al het belang van een goede balans tussen beschikbaarheid en betaalbaarheid bij het borgen van de solidariteit. Ik steun dan ook de poging van de minister om in samenwerking met andere Europese lidstaten de prijs van dure medicijnen te verlagen.

Ook de recentelijk geïntroduceerde sluis is naar de mening van de VVD een goede ontwikkeling. Deze maatregel ontslaat zorgverzekeraars en zorgverleners niet van de plicht om duidelijke afspraken te maken over de nieuwe behandeling en medicijnen die gaan komen. Voor de VVD weegt de zorgplicht van de zorgverzekeraar daarom ook zwaar. Financiële motieven van zorgverzekeraars of zorgbestuurders kunnen en mogen geen invloed hebben op het besluit dat patiënt en arts samen in de spreekkamer nemen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Ik ben het met de heer De Lange helemaal eens dat het van belang is dat echt op korte termijn goede maatregelen worden genomen voor de dure geneesmiddelen. De heer De Lange spreekt heel erg positief over de sluis voor dure geneesmiddelen. Zijn wij hierbij niet eigenlijk in een oude markeningtruc van de farmaceutische industrie getrapt? Hoe kijkt de heer De Lange daartegenaan?

De heer **De Lange** (VVD):
Daar kijk ik positiever tegenaan. Dit biedt nu toch de mogelijkheid om middelen eerder op de markt te krijgen. De farmaceuten zorgen ervoor dat die middelen beschikbaar komen. Je zult er maar van afhankelijk zijn. Ik ben heel blij dat die middelen er dan zijn. Dat wordt nu via de sluis geregeld. Ik ben daar dus optimistisch over.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Farmaceuten hebben jarenlang gratis middelen op de markt gebracht. Mensen wenden eraan en vervolgens vroegen de farmaceuten er hoge prijzen voor. Eigenlijk doen we met de sluis hetzelfde. De minister had eerder goed beleid waarin veel meer geneesmiddelen beter werden vergoed. Daarna kwam er, om een duur woord te gebruiken, een nacalculatie. Waarom gaan we niet terug naar dat betere beleid waarin veel meer middelen werden vergoed? Dan kunnen nog meer mensen ervan profiteren.

De heer **De Lange** (VVD):
Ik denk dat het goed is dat die methodiek van de sluis er is. We moeten wel bekijken hoe de prijsvorming van medicijnen tot stand komt. Dat is het bredere thema dat de VVD graag ondersteunt. Welke mechanismen zijn er om transparantie te krijgen en medicijnen betaalbaar en toegankelijk te houden? Daar moeten we in Europa afspraken over maken. Die agenda steunen we ook.

Voorzitter: Elias

De heer **De Lange** (VVD):
We kijken altijd met een open blik naar mogelijkheden die ertoe leiden dat we dure geneesmiddelen beschikbaar houden. Nu die middelen er zijn en de sluis deze mogelijkheid biedt, geven wij de mensen in die situatie heel graag die medicijnen. Dat is belangrijk.

Mevrouw **Klever** (PVV):
Onlangs lanceerde de VVD met veel bombarie een plan om de zorg voor asielzoekers te versoberen. Uw fractievoorzitter sloeg de plank een klein beetje mis met een aantal voorbeelden die niet in het pakket zaten. Dat toont misschien een beetje de expertise binnen de VVD over de zorg. Laat ik u vertellen wat er wel in het pakket zit voor een asielzoeker. Een asielzoeker krijgt hetzelfde pakket als een Nederlander. Een Nederlander betaalt daarvoor, maar een asielzoeker krijgt het helemaal gratis. Een asielzoeker betaalt ook geen eigen risico en geen eigen bijdrage. Boven op dat pakket krijgt de asielzoeker de eerste twintig fysiotherapiebehandelingen helemaal gratis. Een chronisch zieke Nederlander moet die zelf betalen, maar de asielzoeker krijgt die helemaal gratis. Dat geldt ook voor anticonceptie, hoortoestellen, brillen, een rollator en kraamzorg. Dat is allemaal gratis voor de asielzoeker, terwijl de Nederlander er een eigen bijdrage voor moet betalen. Vindt u dit sober?

De heer **De Lange** (VVD):
Mevrouw Klever, u hebt het plan wel gehoord, maar u geeft er blijk van dat u het plan niet helemaal hebt doorgrond. We moeten een onderscheid maken tussen mensen die als vluchteling binnenkomen en statushouders. De VVD pleit ervoor om medisch noodzakelijke zorg te geven. In het plan van de VVD geldt dit ook voor de statushouders. Dat is die versobering die moet plaatsvinden. Dat plan ligt er nu en staatssecretaris Dijkhoff is ermee aan de slag gegaan. We wachten de voorstellen graag af. In het plan hebben we heel nadrukkelijk aangegeven dat het wat ons betreft gaat om medisch noodzakelijke zorg.

Mevrouw **Klever** (PVV):
Ik heb uw plan wel gelezen. In uw plan krijgen alleen de illegalen medisch noodzakelijke zorg. De asielzoeker krijgt in het plan van de VVD gewoon het hele pakket, plus nog een beetje meer. De Nederland heeft dus een sober pakket en de asielzoeker heeft een superdeluxe pakket. Dat is het plannetje van de VVD. U vindt het nog fantastisch ook! Wanneer komt u op voor de Nederlander? Wanneer zegt u dat de Nederlander een luxe pakket moet hebben? Wanneer gaat u de zorg voor de asielzoekers echt versoberen, niet alleen in woorden maar ook in daden?

De heer **De Lange** (VVD):
Mevrouw Klever, het zal u niet verbazen dat ik enthousiast ben over VVD-plannen. Mijn hele betoog is erop gebaseerd dat we een heel mooi zorgstelsel hebben in Nederland. We willen dat iedereen dat brede basispakket kan hebben. We willen dat dit voor iedereen mogelijk blijft. In het plan pleiten we voor een bepaalde mate van versobering. In het plan staan voorstellen om tot strikt medisch noodzakelijke zorg te komen. Die voorstellen worden nu verder uitgewerkt. We volgen dat gaarne. Het lijkt ons namelijk een goed idee dat er met een sobere blik naar wordt gekeken.

De heer **Kuzu** (Groep Kuzu/Öztürk):
De heer De Lange spreekt terecht over innovatie. Ik vind het echter jammer dat het bij innovatie al heel snel gaat over apps en e-health, terwijl het gaat over een heel breed spectrum. De heer De Lange gaf ook voorbeelden van praktische oplossingen bij de optometrist en de oogarts. Dat is een belangrijk punt. In zijn bijdrage gaat het echter te weinig over de rol van de zorgverzekeraars en hun zorginkoopbeleid. Hoe wil de VVD ervoor zorgen dat zorgverzekeraars ook een rol krijgen in het verder brengen van innoverende oplossingen in de zorg?

De heer **De Lange** (VVD):
Wij zien gelukkig tal van voorbeelden dat zorgverzekeraars bezig zijn om in die zorg te investeren en te innoveren. Ik ging al in op de effectiviteit van behandelingen en geneesmiddelen, en het is inderdaad belangrijk dat ook zorgverzekeraars daar een rol in hebben door daaraan mee te betalen. Wij zien dus gelukkig steeds meer voorbeelden van het feit dat zorgverzekeraars aan die innovatie meedoen. Zij zien namelijk ook de belangen en de kansen daarvan en ze zijn er heel vaak een partner in. Ik ben het met de heer Kuzu eens dat dat belangrijk is, want zo krijgen we innovaties verder. Ik deel dus niet het beeld dat zorgverzekeraars daar op dit moment helemaal geen rol in spelen. Gelukkig nemen ze hun verantwoordelijkheid.

De heer **Kuzu** (Groep Kuzu/Öztürk):
Het klopt dat het inderdaad mondjesmaat gebeurt, maar er moet natuurlijk veel meer bijkomen als het gaat om de rol van de zorgverzekeraars in dit geheel. De heer De Lange grijpt terug op het voorbeeld van de rol van zorgverzekeraars bij geneesmiddelen. In het voorbeeld van de optometristen en oogartsen echter, een voorbeeld dat hij zelf gaf, zijn het juist de zorgverzekeraars die verantwoordelijk zijn voor het inkopen van goede zorg. Dat heeft alles te maken met het stelsel waar we in zitten. De heer De Lange spreekt lovende woorden over dit stelsel, hij geeft een voorbeeld over de optometrist en de oogarts, maar hij beseft toch tegelijkertijd dat het stelsel dat we nu hebben afgesproken het voor de zorgverzekeraar heel moeilijk maakt om die door hem gewenste innovatieve slag te maken?

De heer **De Lange** (VVD):
Dat is nu juist het mooie van het stelsel: we brengen zorgverzekeraars in de positie om de inkopen te doen. Zij kijken dus ook heel goed in de markt wat er te koop is. Op het moment dat een optometrist op een heel goede manier kan constateren of je al dan niet suikerziekte hebt, dan zijn zorgverzekeraars er ook zeer toe bereid om dat in de inko-

pen mee te nemen. Ik denk dat dit dus vooral een discussie wordt over een omslag in de medische sector zelf. Laten we blijven werken aan innovatie.

Tot slot wil ik een onderwerp aansnijden dat grote raakvlakken heeft met de langdurige zorg waar mijn collega Sjoerd Potters het straks over heeft. Omdat we steeds langer leven, krijgen we ook steeds vaker te maken met een stapeling van chronische aandoeningen. In een gesprek met huisartsen en praktijkondersteuners in Hengelo kwam beeldend naar voren dat dit specifieke zorg en aandacht vergt. De helft van de mensen boven de 75 jaar heeft meer dan één chronische aandoening of heeft last van verschillende kwalen. In de zorg wordt hier nog te weinig rekening mee gehouden. Het komt nog te vaak voor dat mensen geneesmiddelen krijgen die de werking van andere geneesmiddelen remmen. Ik wil van de minister graag weten welke mogelijkheden zij ziet om bij patiënten die te maken hebben met meerdere aandoeningen, een verkeerde combinatie van medicijnen of behandelingen tegen te gaan. Met uw goedvinden, meneer de voorzitter, het is tijd voor de langdurige zorg.

De **voorzitter**:
Maar niet dan nadat eerst mevrouw Voortman van GroenLinks het woord krijgt voor een interruptie.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Ik wil graag nog even terugkomen op het interruptiedebatje tussen mevrouw Klever en de heer De Lange.

De **voorzitter**:
Weet u het zeker?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Ja, heel zeker. Ik heb namelijk nog een verhelderende vraag. De heer De Lange gaf aan dat hij wil dat de zorg voor statushouders beperkt wordt tot alleen de noodzakelijke zorg. Dat betekent dus dat die zorg minder wordt dan die van andere mensen. Is het niet zo dat statushouders ook gewoon premie betalen?

De heer **De Lange** (VVD):
Daar is een apart stelsel voor. Binnen dat aparte stelsel is dat geregeld.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Het kan zijn dat ik mij vergis, maar volgens mij krijgt iemand vanaf het moment dat hij of zij een status heeft een sociale huurwoning — vooralsnog tenminste, de VVD wil dat veranderen — en een uitkering. Hij of zij betaalt dan ook gewoon premie, volgens mij. Het kan zijn dat ik mij vergis, maar deelt de heer De Lange dan in ieder geval het uitgangspunt dat wie premie betaalt gewoon dezelfde zorg moet krijgen als mensen zoals hij en ik die premie betalen? Als we het daarover eens zijn, dan is dat in ieder geval al een helder punt.

De heer **De Lange** (VVD):
Ja.

☐

De heer **Potters** (VVD):
Voorzitter. Ik denk dat er geen ander onderwerp is waarover de afgelopen jaren in de Tweede Kamer zo vaak en zo intensief is gesproken dan de langdurige zorg. Wat de VVD betreft is dat een goede zaak. Waar ons curatief stelsel dat tot de wereldtop mag worden gerekend, waren kwaliteit en kosten als het gaat over de langdurige zorg, zacht uitgedrukt, uit balans. We waren de afgelopen jaren kampioen kosten als het gaat om langdurige zorg. De komende jaren zullen we alles op alles moeten zetten om ervoor te zorgen dat we kampioen kwaliteit gaan worden.

De VVD is daarom tevreden dat dit jaar de nieuwe Wlz en de Wmo in werking zijn getreden. Wij vinden het belangrijk dat mensen de mogelijkheid hebben om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen in hun eigen vertrouwde omgeving, want wonen in een omgeving waar je jezelf thuis kunt voelen, levert een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van leven die mensen ervaren. De wijkverpleegkundige en de sociale wijkteams spelen daarbij een belangrijke rol. Tegelijkertijd vinden we het vanzelfsprekend dat we als mensen naar elkaar omzien. Het is rechtvaardig om mensen te vragen een deel van de ondersteuning zelf met behulp van familie, vrienden of hun omgeving te organiseren. Als dat niet lukt, moeten ze altijd bij de gemeente terechtkunnen.

Voor mensen die niet thuis in hun vertrouwde omgeving kunnen blijven, is invloed op hun eigen kwaliteit van leven veel moeilijker te realiseren. We praten al jaren over de kwaliteit van verpleeghuizen, waarbij de goede voorbeelden veelvuldig aan bod komen. Tegelijkertijd zien we dat verpleeghuizen en verzorgingstehuizen, waar de kwaliteit van leven, de tevredenheid en zelfs de medische zorg achterblijven, onvoldoende stappen zetten om de broodnodige inhaalslag te maken. De VVD wil af van de vrijblijvendheid waarbij goede voorbeelden worden genoemd maar niet tot norm worden verheven, want al die verpleeghuizen die we jaarlijks prijzen omdat ze laten zien dat het kan, vallen onder dezelfde wetten en dezelfde financieringsstructuur als die welke gelden voor de instellingen die achterblijven. Het kan dus wel. Daarom verzoeken wij de staatssecretaris om samen met de inspectie een nieuwe norm voor de kwaliteit van verpleeghuizen te stellen. Daarbij moeten we volgens mij vooral kijken naar wat mensen zelf willen.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):
Ik hoorde het idee van de VVD ook in de media. Ik heb daar nog wel een paar vragen over. Is het de bedoeling dat er een vaste norm voor ieder verpleeghuis gaat gelden? Volgens mij gaf de collega van de heer Potters zojuist aan dat 2016 het jaar van minder regels moet zijn. Ik vraag me dus af hoe dat plan in de praktijk precies zal werken.

De heer **Potters** (VVD):
Het gaat met name om de kwaliteit van leven. We zien dat de twintig, dertig best presterende verpleeghuizen op een ontzettend goede en betrokken manier werken. Zij stellen de kwaliteit van leven centraal en kunnen met hetzelfde budget en dezelfde regels een enorme verbetering

bewerkstelligen. Ik zou eigenlijk willen dat dat de norm wordt. Ik vraag de staatssecretaris om daar de komende twee jaar hard aan te trekken. We hebben in de Kamer heel vaak discussies over goede voorbeelden. Dan zeggen we: zo zou het eigenlijk moeten zijn. Dan gaan we met z'n allen een keer kijken en vervolgens blijft het bij die goede voorbeelden, terwijl het binnen het stelsel gewoon mogelijk is om die na te volgen. Waar het om gaat, is dat maatwerk centraal staat. Ik ga niet aan de hand van een protocol aangeven hoe kwaliteit van leven eruit moet zien. Elke instelling kan dat in principe voor zichzelf bepalen. Ik zie echter dat een aantal instellingen een grote verbetering van die kwaliteit van leven echt als primaire taak op zich heeft genomen. Die insteek zou ik als norm voor alle verpleeghuizen willen hanteren.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):
Ik deel het doel dat verpleeghuizen op dit punt moeten verbeteren. Dat geldt in ieder geval voor een aantal verpleeghuizen. Dat zien we ook in allerlei rapportages. Ik snap het verhaal over het verheffen tot norm echter niet. Wat betekent dat concreet? Wat merken verpleeghuizen in de praktijk? Wordt hun subsidie daarvan afhankelijk? Hoe ziet dat plan er in de praktijk uit?

De heer **Potters** (VVD):
Het is volgens mij belangrijk dat we eerst met z'n allen constateren dat dat de norm zou moeten zijn. We hebben met elkaar afspraken gemaakt over de taken van de inspectie. We hebben gezegd dat met name gekeken moet worden of er wordt gewerkt overeenkomstig de medische protocollen, of alle vinklijstjes goed worden afgelopen, terwijl juist heel veel instellingen zeggen: geef ons nu de ruimte; wij zijn bezig om de kwaliteit van leven voorop te stellen. Ik wil dat de inspectie zegt: dit zijn de goede normen, dit zijn de goede voorbeelden, zo willen wij dat de rest ook gaat handelen. Als een instelling daar niet aan voldoet, moet zij daarop aangesproken worden. Ik vind ook dat dat eventueel consequenties zou mogen hebben voor de mogelijke subsidiëring van een instelling.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Ik ben enthousiast over het verhaal van de heer Potters, want we komen allemaal op plekken waarvan je denkt: zo hoort het. Die goede voorbeelden zouden eigenlijk de norm moeten zijn. Ik heb vorig jaar tijdens het debat over de kwaliteit van verpleeghuizen een motie ingediend om die goede voorbeelden tot de norm te kunnen verheffen. Wil de heer Potters samen met mij optrekken en de staatssecretaris vragen wat er afgelopen jaar is gebeurd met die motie en waar wij nu staan wat dat betreft?

De heer **Potters** (VVD):
Ja, ik ben blij dat de fractie van de PvdA dit voorstel ondersteunt. Ik trek wat dat betreft graag samen op met de heer Van Dijk. Ik vind dat andere partijen er ook de ruimte voor moeten krijgen. Volgens mij is het de bedoeling dat wij de norm centraal stellen als het gaat om de kwaliteit van leven. Daar gaat het om. Ik ben voornemens daarover een motie in te dienen. Als de heer Van Dijk dat wil, mag hij die motie meetekenen.

De **voorzitter**:
Het loven en bieden is reeds in eerste termijn begonnen. De heer Van Dijk.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Het loven en bieden is begonnen, in die zin dat de VVD vorig jaar nog tegen mijn motie stemde, maar dat laat ik verder in het midden. Het belangrijkste is dat wij vragen wat er is gebeurd met wat wij willen en wat we zien. Goede voorbeelden zijn de norm, maar wat is er afgelopen jaar gebeurd om dat in de praktijk meer zichtbaar te maken?

De heer **Potters** (VVD):
Prima, maar ik ben niet zo van het alleen terugkijken. We hebben inmiddels voldoende goede voorbeelden, waarvan wij zeggen: dat moet de norm kunnen zijn binnen het huidige stelsel. Laten we dus niet alleen over die goede voorbeelden praten. Laat dat de norm zijn, maar als wij het in de toekomst hebben over goede voorbeelden, hebben wij het over excellente voorbeelden wat mij betreft. Ik wil af van de discussie over de goede voorbeelden. Prima dat wij daarnaar kijken, maar dit moet gewoon de norm voor alle verpleeghuizen in Nederland worden.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Er komt volgend jaar extra geld beschikbaar voor verpleeghuizen, zodat zij echt werken kunnen maken van het investeren in kwaliteit. Dat is goed, maar voor het jaar daarna is er weer een bezuiniging gepland. Het extra geld dat wij volgend jaar in de verpleeghuizen stoppen, halen wij in 2017 weer bij ze weg. Wil de VVD zich er volgend jaar keihard voor inzetten om die bezuiniging van tafel te krijgen?

De heer **Potters** (VVD):
Dit is een reflex waar een aantal collega's in schiet: er moet weer geld bij of het gaat om geld. Nee, deze zoektocht naar goede voorbeelden heeft juist aangetoond dat veel van die goede voorbeelden met exact hetzelfde budget veel beter presteren. Volgens mij moeten wij het hebben over de vraag hoe het kan dat de een het ontzettend goed doet, terwijl dat niet geldt voor de ander. Volgens mij komt dat omdat de goede voorbeelden de kwaliteit van leven en de cliënt centraal stellen. Dat willen wij allebei, mevrouw Dik-Faber en ik, tot de norm verheffen. Er gaat inderdaad meer geld naar de verpleeghuizen. Dat geld kan daar dus aan worden besteed, maar het is geen financiële kwestie. De vraag is wat je centraal stelt. Staat de cliënt centraal, staat de kwaliteit van leven centraal, dan heb je de beste voorbeelden.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Eens. Geld zegt niet alles, maar nu maken verpleeghuizen in het hele land plannen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Daar hebben ze ook mensen voor aangetrokken. Die plannen worden nu op de rails gezet. Afgelopen zaterdag sprak ik met Sjaan, verpleegkundige in een van onze verpleeghuizen. Haar verhaal is niet uniek. Ik zei tegen haar dat ik het goed vond dat ze in de verpleeghuizen inzetten op die vernieuwingsslag, maar dat het geld wat de coalitie betreft het jaar daarna weer weg is. Zij schrok zich een hoedje. Dat geldt voor alle verpleeghuizen waar ik op bezoek kom. Op die manier kunnen ze geen beleid maken. Volgend

jaar geld erbij, het jaar daarna gaat dat geld er weer af. Wil de VVD zich ervoor inzetten om die geplande bezuiniging van tafel te halen?

De heer **Potters** (VVD):
Wij bespreken nu de begroting 2016. Er gaat extra geld naar de verpleeghuizen. We hebben met elkaar afgesproken dat dit de norm moet worden. Laten wij eerst kijken hoe deze stap wordt gezet. Ik wil van de staatssecretaris weten of hij het plan omarmt en of het extra geld voor de verpleeghuizen ook daaraan kan worden besteed. Ik heb het dus over 2016. Het lijkt mij goed om het daar even bij te laten.

Mevrouw **Agema** (PVV):
We kunnen natuurlijk bakkeleien over wat goede kwaliteit van zorg is, of je dat al of niet kunt meten en hoe en of dat wel of niet met geld te maken heeft. We weten allemaal dat de kwaliteit van de verpleeghuiszorg heel nauw samenhangt met de personeelsbezetting. Als je te weinig mensen hebt, krijg je ondervoeding, doorligwonden, mishandeling, te weinig aandacht en noem maar op. Het heeft altijd wel met personeel te maken als de kwaliteit onderuitgaat. Weet de heer Potters welk percentage verpleeghuizen de personele bezetting op orde heeft volgens de inspectie?

De heer **Potters** (VVD):
Er zijn verpleeghuizen die het niet op orde hebben en er zijn verpleeghuizen die het wel op orde hebben. Dat ben ik met mevrouw Agema eens. Waar het onvoldoende is, zal ik zeker zeggen dat de normen omhoog moeten, maar ook dat verpleeghuizen beter moeten presteren. Mijn pleidooi geeft aan — dit is ook in de voorbeelden aangetoond — dat niet de verpleeghuizen die het meeste geld hadden of de hoogste bezettingsgraad, het beste scoorden op de kwaliteit van zorg, maar dat zij gaat over de vragen of de patiënt centraal wordt gesteld en of naar het welzijn van de patiënt wordt gekeken en minder naar het institutiebelang. Je zult zien dat dan de kwaliteit van zorg met sprongen vooruitgaat. Het is dus niet een geldkwestie en ook niet per definitie een bezettingskwestie.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Dat is echt een onzinverhaal. Wij weten allemaal dat de kwaliteit van zorg gelijkstaat aan voldoende bezetting. Ik heb de heer Potters gevraagd of hij bekend is met het percentage van de verpleeghuizen dat de personeelsbezetting, volgens de inspectie, op orde heeft. Ik kan hem het antwoord wel geven. Wij horen hier altijd de mantra dat er goede en minder goede huizen zijn en dat het nooit met geld te maken heeft. Ik denk dat dit wel zo is. Slechts 4% van de verpleeghuizen heeft de personeelsbezetting op orde. Realiseert de heer Potters zich dat door de voortdurende bezuinigingen, onder andere het schrappen van de Agemagelden, 5% op het macrobudget, en nu een klein beetje plussen, wij eigenlijk heel slecht bezig zijn? Personeel werkt niet gratis en moet betaald worden. Gaat de VVD de bezuinigingen terugdraaien, niet alleen die voor 2016, maar ook die 500 miljoen in 2017, wat zo'n tienduizend personeelsleden gaat schelen?

De heer **Potters** (VVD):
Ik hoor van de PVV altijd de mantra dat er enorm wordt bezuinigd op de zorg. Dat is niet het geval. Jaar in jaar uit geven wij meer geld uit aan de zorg dan het jaar daarvoor. Het enige wat dit kabinet heeft gedaan, is ervoor zorgen dat de hele grote piek aan zorguitgaven enigszins wordt afgetopt. Dit is een zware taak. Het is voor onze kinderen en kleinkinderen belangrijk, want wij willen dat zorg een breed pakket inhoudt en voor iedereen betaalbaar blijft. Op sommige punten betekent dit ook minder investeren en meer bezuinigen. Bezuinigen op zich hoeft geen probleem te zijn, maar mevrouw Agema moet een beetje afstappen van de mantra dat er alleen maar wordt bezuinigd op de zorg, want dat is gewoon niet waar.

De **voorzitter**:
Wij hebben afgesproken dat wij de interrupties in tweeën doen, heb ik begrepen toen ik het stokje overnam, maar aangezien u wordt aangesproken, krijgt u de mogelijkheid om nog te reageren.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Vriendelijk dank, voorzitter. De mantra dat wij steeds meer geld uitgeven aan de zorg, kun je ook niet volhouden. Percentagegewijs is het namelijk steeds minder. Absoluut is het misschien meer, maar het bbp groeit ook. Het bbp groeit, de inflatie neemt toe en de salarissen nemen toe. Het meeste geld in de zorg gaat op aan salarissen. Het is dan altijd weer de VVD die zegt …

De **voorzitter**:
Dat ik u ruimte gaf voor een interruptie, betekent niet dat u uw betoog van de inbreng kunt gaan houden. Wat is uw vraag?

Mevrouw **Agema** (PVV):
Mijn vraag is waarom de VVD blijft volhouden dat er zogenaamd steeds meer geld naar de zorg gaat, in absolute aantallen, maar dat het percentagegewijs, helemaal in de verpleeghuizen, steeds verder achteruitloopt.

De **voorzitter**:
Dat is een concrete vraag. Mijnheer Potters.

De heer **Potters** (VVD):
In absolute getallen — mevrouw Agema zegt dit zelf ook — geven wij steeds meer geld uit aan de zorg. Het is mevrouw Agema misschien ontgaan, maar wij hebben wel te maken gehad met een stevige economische crisis en ons bruto nationaal product is niet zo hard gestegen. Sterker nog, de stijging van onze welvaart liep enorm achter op de stijging van de zorgkosten. Dit kabinet heeft ervoor gezorgd dat dat met elkaar in lijn is en dat wij op de lange termijn een betaalbare zorg hebben, niet alleen voor mevrouw Agema en mijzelf, maar ook voor onze kinderen en kleinkinderen. Dat hebben wij nu als stelselwijziging in gang gezet en, inderdaad, op sommige punten is er ook bezuinigd. Mevrouw Agema moet echter afstappen van het beeld dat er enorm wordt bezuinigd op de zorg. Dit is gewoon niet waar. Als zij naar de feitelijke cijfers kijkt, de begroting en

de getallen, ziet zij dat er nog steeds elk jaar meer geld naar de zorg gaat.

De **voorzitter**:
Voorlopig de laatste interruptie voor de heer Van Gerven, want de heer Potters heeft twee minuten gesproken en is in totaal al dertien en een halve minuut bezig.

De heer **Van Gerven** (SP):
Het gaat er niet om of wij meer of minder aan zorg uitgeven. Het gaat erom of dat waarop mensen aanspraak kunnen maken, beschikbaar is. Ik constateer dat de VVD de verzorgingshuizen heeft gesloopt, samen met de Partij van de Arbeid en andere partijen. Dat is wat er aan de orde is. Ik vraag de heer Potters of het niet zo is dat het geld de behoefte moet volgen.

De heer **Potters** (VVD):
Ik kom even terug op de stelling dat de VVD en de PvdA de verzorgingshuizen hebben gesloopt. Dit soort gemakkelijke oneliners horen wij vaker van de SP, maar als wij vragen naar hun eigen plan, komt er een baggerverhaal uit. Ik zal het maar gewoon zeggen zoals het is. Wij hebben gekeken naar de behoefte van de cliënt. De cliënt zegt: ik wil langer thuis wonen. Ik wil graag in mijn vertrouwde omgeving blijven. Ik heb niet de behoefte om naar een verpleeghuis te gaan. De leeftijd waarop mensen naar verpleeghuizen gaan, is niet voor niets hoger geworden. Het is niet zo dat de VVD en de PvdA verpleeghuizen hebben willen slopen; wij hebben juist geluisterd naar wat de cliënten willen. De cliënten willen zo lang mogelijk thuis blijven wonen, dicht bij hun vertrouwde omgeving. Die trend volgen wij. Wij kijken dus juist heel sterk naar de behoefte van de mensen zelf.

De heer **Van Gerven** (SP):
Heeft de heer Potters niet geluisterd naar het betoog van de VVD over Aggie Scholtens, een 88-jarige mevrouw die door het beleid van de VVD en de Partij van de Arbeid gedwongen moet verhuizen omdat de financiering van de verzorgingshuizen gewoon is afgeknepen en verzorgingshuizen zijn gesloopt? Dat is wat er aan de hand is.

De heer Potters zegt: ik ben zo met de zaak begaan, wij moeten met een norm komen voor verpleeghuizen. Hoe verklaart hij het dan dat er 40% is wegbezuinigd op de thuiszorg, 25% op de dagbesteding, 15% op de jeugdzorg en15% op de wijkverpleging? Wat heeft dat te maken met kwaliteit van zorg? Is dit niet gewoon pure afbraakpolitiek, aangespoord door de dictaten van Brussel?

De heer **Potters** (VVD):
Het is een beetje moeilijk om feitelijk te reageren als je dit soort verwijten naar je hoofd geslingerd krijgt. Ik denk dat het echt onzin is. Wij hebben bezien waar de behoeften van de mensen zelf zitten en wat cliënten echt willen. Wat de verpleeghuizen betreft hebben wij gekeken naar datgene waar mensen behoefte aan hebben: kleinschalige zorg, het liefst dicht bij huis. Als het kan, willen mensen zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Als het gaat om de decentralisaties hebben wij de gemeenten alle verantwoordelijkheid en ruimte te geven om zaken samen met de mensen thuis op te lossen. Dan gaat het niet alleen om de decentralisatie van de langdurige zorg, maar ook om de Participatiewet en de jeugdzorg. Dat kan soms met minder geld. U denkt altijd dat het beter wordt als je ergens geld in stopt. Wij denken dat je soms met minder geld betere resultaten kunt bereiken, als je het maar goed en efficiënt organiseert. Daar staan wij voor.

Voorzitter. Ik ga verder over het onderwerp verpleeghuizen. Volgens mij is het heel belangrijk om heel goed te kijken naar wat mensen zelf willen. Ik noem een paar simpele voorbeelden. Het kan soms voor mensen heel belangrijk zijn dat zij een huisdier mogen meenemen naar de instelling. Of dat zij samen in staat zijn om hun eten klaar te maken, in plaats van iets te krijgen voorgeschoteld. Verder noem ik een voorbeeld dat ik tijdens een werkbezoek in Nieuwegein ben tegengekomen, waarbij een zorgmedewerker in zijn eigen kleding bij de instelling werkt in plaats van in de kleding van het ziekenhuis. Op die manier wordt de afstand tot de cliënt zo veel mogelijk verkleind. Als er regels moeten worden uitgeschakeld om meer ruimte te bieden voor de kwaliteit van leven, biedt het experimenteerartikel in de Wet langdurige zorg daarvoor alle ruimte. Wat de VVD betreft kan dat dus geen belemmering opleveren.

Ik wil de staatssecretaris vragen om samen met de inspectie op bezoek te gaan bij al die instellingen waar het zo goed gaat. Kijk waarom het zo goed gaat. Werk dat uit in een duidelijke norm, maar niet in een soort "one size fits all"-norm. De kwaliteit van leven staat voorop. Houd de instellingen daaraan. Geef de sector maximaal twee jaar de tijd om aan deze norm te voldoen. Wij moeten niet langer praten over goede voorbeelden; straks hebben wij alleen nog maar excellente voorbeelden. De afgelopen jaren hebben wij gezien dat vrijblijvendheid en het benoemen van goede voorbeelden onvoldoende resultaten oplevert. Het lijkt de VVD goed om deze voorbeelden in deze algemene norm op te nemen.

Het verhogen van de kwaliteitsnorm van de verpleeghuizen is wat de VVD betreft een belangrijke stap. Tegelijkertijd moet de staatssecretaris nu echt werk gaan maken van de voorbereiding en invoering van de persoonsvolgende bekostiging voor mensen die in een verpleeghuis of een verzorgingshuis gaan wonen. De VVD verwacht van de staatssecretaris dat de Algemene Maatregel van Bestuur waarin dit wordt geregeld, nog voor de zomer van 2016 aan de Kamer wordt voorgelegd, zodat wij daarover met elkaar in gesprek kunnen gaan en wij tijdens deze kabinetsperiode echt knopen kunnen doorhakken. Als wij kwaliteit van leven centraal willen stellen, moet er iets veranderen. Als wij kiezen voor financieringsstructuur waarin mensen kunnen stemmen met hun voeten, prikkelen wij instellingen om de kwaliteit te verhogen. Als een instelling die voor de financiering afhankelijk is van een cliënt, geen kwaliteit levert, verliest zij haar bestaansrecht, en terecht. Dat klinkt heel hard, maar het is de enige manier waarop de regie komt te liggen waar die thuishoort, namelijk bij de cliënt en zijn of haar familie.

Door het verhogen van de norm om de verpleeghuizen en verzorgingshuizen gelijk te laten lopen en door de voorbereiding van de persoonsvolgende bekostiging stellen wij instellingen in staat om zich goed voor te bereiden op een situatie waarin de cliënt ook daadwerkelijk koning kan zijn.

Wij vinden dat een goede ontwikkeling, want ook als je niet langer in je huis kunt blijven wonen, moet er altijd een plek zijn waar je je thuis kunt voelen.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):
Over die norm heb ik nog een vraag. Het is natuurlijk heel erg persoonlijk wat kwaliteit van leven is. Voor de een is dat een huisdier op de kamer kunnen hebben, voor de ander is het een glaasje wijn bij het eten. In hoeverre is het nu het idee van de VVD om een norm centraal op te leggen, en in hoeverre is er ruimte en wordt de tevredenheid van de mensen in de verpleeghuizen zelf meegenomen? Mijn angst is dat het laatste niet gebeurt. Ik hoor van de VVD ineens een soort maakbaarheidsgedachte die mij een beetje verbaast, maar wellicht dat de heer Potters mij kan geruststellen.

De heer **Potters** (VVD):
Zal ik het eens proberen? Het gaat natuurlijk zeker ook om wat de beleving van de cliënt is. Als je meet hoe tevreden de cliënten zijn over hun kwaliteit van leven, dan moet dat een heel belangrijke indicator zijn om te bezien of een verpleeghuis goed of niet goed scoort. Wij van de VVD zijn niet van de vrijblijvendheid. Als wij met zijn allen vinden dat verpleeghuizen aan goede normen moeten voldoen en dat de kwaliteit van leven voorop moet staan, dan moeten we niet alleen maar praten over de goede voorbeelden, maar moeten we ook durven te zeggen: u dient hieraan te voldoen. Doen ze dat niet, dan mogen de staatssecretaris en de inspectie daar wel wat steviger tegen optreden.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):
Ik zie bij de VVD vaak: als iets niet lukt, dan gaan we het verplichten. Dat is ook eigenlijk gelijk mijn angst. Er bestaat geen algehele norm. Het is namelijk heel erg afhankelijk van wat mensen zelf vinden. Ik hoop dat de heer Potters in ieder geval de toezegging aan mij kan doen dat, als er al over gesproken wordt, de cliënt, het individu daarin centraal staat en wordt meegenomen.

De heer **Potters** (VVD):
Ik zal het nog een keer heel duidelijk zeggen: de cliënt staat centraal. Dat is ook duidelijk het betoog van de VVD, zowel van mij als van mijn collega. Daar gaat het om. Zij kunnen bepalen wat kwaliteit van leven is. Dat weten zij als geen ander. Ik wil dat daar veel beter naar geluisterd wordt. Als dat centraal staat, vinden wij ook dat instellingen waarin de kwaliteit van leven onvoldoende is, daarop moeten worden afgerekend. Dan zijn de beste 20 of 30 de norm en daar zal iedereen aan moeten voldoen. Over een tijdje praten we dan alleen nog maar over de excellente voorbeelden.

De verbetering van de kwaliteit van verpleeghuizen en de invoering van de persoonsvolgende bekostiging om mensen meer regie te geven over hun kwaliteit van leven zijn voor mij de belangrijkste punten waar de staatssecretaris mee aan de slag moet. Daarnaast is er een aantal kleinere punten die ik wil aansnijden voordat ik mijn bijdrage afrond. Voor de VVD staat de juiste zorg op het juiste moment voorop. Er wordt op dit moment geëxperimenteerd met de inzet van hulphonden bij mensen met epilepsie. Het gebruik van een hulphond door deze patiënten zou het aantal aanvallen kunnen verminderen en het verblijf in ziekenhuizen mogelijk zelfs kunnen voorkomen. Dat kan voor de patiënt een enorme winst in kwaliteit van leven met zich brengen. Ik heb hierover een amendement ingediend en vertrouw erop dat het kabinet dat van harte zal ondersteunen. Graag hoor ik daarop een reactie.

De **voorzitter**:
De heer Van Gerven, nog over het punt voor de hulphond.

De heer **Van Gerven** (SP):
Het gaat mij om de discussie die we net hadden over het pgb. Daar hadden we een debatje over. De VVD verwijt de SP heel wat, maar is het niet zo dat het recht op zorg vervalt? De VVD heeft het recht op zorg in de Jeugdwet en de Wmo toch afgeschaft?

De heer **Potters** (VVD):
Ik probeer hier echt chocola van te maken, maar volgens mij hebben wij net een discussie gehad over het pgb. Ik heb begrepen dat de SP het pgb eigenlijk wil afschaffen. Dat is goed voor de mensen thuis, die dachten dat uw collega Leijten daar zo'n grote voorstander van was. Nu blijkt dat u daar anders in zit. Dat mag, dat is uw afweging. Waar wij het hier over hebben, is de persoonsvolgende bekostiging. Belangrijk is daarbij dat de cliënt veel meer centraal komt te staan en dat de bekostiging volgt wat de cliënt zelf wil gaan doen. We zien nu dat vooral instellingen gefinancierd worden en organisaties in stand worden gehouden. Volgens mij zijn de SP en de VVD het in ieder geval over één punt eens, namelijk dat we proberen om zo veel mogelijk overhead weg te halen uit de zorg. Daar kunnen we misschien wel op bezuinigen. Dan is persoonsvolgende bekostiging volgens mij echt een stap naar de toekomst, waarbij de cliënt centraal komt te staan. Uw pleidooi over de jeugdzorg en andere wetten, dat is aan u. Volgens mij hebben we nu een debat over deze begroting, dus misschien moet u uw vraag nog een keer proberen te stellen.

De **voorzitter**:
Daar ga ik over, maar ga uw gang, mijnheer Van Gerven.

De heer **Van Gerven** (SP):
Ik dacht dat de Wet maatschappelijke ondersteuning wel degelijk een onderdeel is van de begroting, en ook de Jeugdwet trouwens. De VVD schaft het recht op zorg af.

De heer **Potters** (VVD):
Volgens mij niet.

De heer **Van Gerven** (SP):
Het recht op zorg wordt afgeschaft. Daarmee schaf je toch ook het recht op een pgb af? De VVD holt de hele zorg uit. Dat is toch de conclusie? Ik wil dat maar even voor de Handelingen gezegd hebben, want de heer Potters zal dat wel ontkennen. Als je het recht op zorg afschaft, dan schaf je toch ook het recht op een pgb af?

De heer **Potters** (VVD):
U mag proberen te concluderen wat u wilt; dat is aan u. Ik heb gezien dat uw plannen nergens toe leiden, alleen tot hoge kosten en inderdaad tot het afschaffen van het pgb. Wij zijn daar niet voor. De VVD vindt het pgb een ontzettend belangrijk instrument, omdat het individu echt keuzerecht heeft, zelf kan bepalen welke zorg het best bij hem of haar past en niet afhankelijk is van een instelling. U wilt graag terug naar het oude ziekenfonds en instellingszorg waarbij u als arts misschien bepaalt wat goed is voor de patiënt. Wij staan echt voor het pgb en hebben ons daar ook altijd hard voor gemaakt. Dat hebt u de afgelopen jaren veelvuldig terug kunnen zien in het debat.

De **voorzitter**:
U hebt het tegen mij. Ik schaf niks af.

De heer **Potters** (VVD):
Excuus, voorzitter.

De **voorzitter**:
Ik ben hier de voorzitter. De heer Van Gerven werd aangesproken en kan nog reageren wat mij betreft.

De heer **Van Gerven** (SP):
De heer Potters heeft het over ons plan "De zorg is van ons", dat ik aan alle luisteraars en alle 17 miljoen Nederlanders kan aanbevelen. Daarin staat niet dat wij het persoonsgebonden budget afschaffen.

De heer **Potters** (VVD):
Volgens mij impliceert u toch echt in uw plan dat u uiteindelijk gaat stoppen met het pgb en dat u eigenlijk alleen nog maar zorg in natura wilt. Vanuit de SP geredeneerd snap ik dat. Het is ook prima als u daarvoor staat, maar wees dan ook eerlijk naar uw achterban toe. U hebt wel iedere keer bij de interruptiemicrofoon gestaan als het niet goed ging met het pgb, maar vervolgens komt u met een plan om het pgb af te schaffen. Met anderen in de Kamer vind ik dat een slechte zaak. Wij moeten proberen het pgb als instrument zo veel mogelijk overeind te houden.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
De heer Potters gaat niet in op het andere punt van de heer Van Gerven, namelijk de toegang tot de zorg. Je ziet nu bijvoorbeeld dat het aantal mensen met een Wmo-indicatie elk jaar afneemt, terwijl die mensen niet opeens veel gezonder worden. Wat doet de VVD daaraan?

De heer **Potters** (VVD):
De VVD zorgt voor een breed pakket dat voor iedereen toegankelijk is, waarbij de zorgkosten zo laag mogelijk zijn en waarbij wij ook iets overhouden voor onze kinderen en kleinkinderen. Dat betekent soms dat wij moeilijke keuzes moeten maken over de zorg. Als onze welvaart minder hard groeit dan onze zorgkosten, moeten we dat met elkaar in lijn brengen. Wij staan voor een breed toegankelijk pakket voor iedereen in Nederland. Dat is een groot goed. Wij zullen als liberalen altijd daarvoor blijven vechten. Volgens mij mogen wij trots zijn op onze zorg. De SP zegt dat de VVD bezig is met afbraak van de zorg, maar niets is minder waar. Wij zorgen ervoor dat de zorg voor lange tijd duurzaam betaalbaar blijft.

De **voorzitter**:
Mevrouw Voortman, u bent koploopster in het aantal interrupties tot nu toe. Kunt u het kort houden?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Natuurlijk. De VVD zegt wel tegen mensen die nu vertrouwde zorg hebben dat zij minder zorg krijgen, terwijl die mensen die zorg juist heel hard nodig hebben. Volgens mij was dat het punt dat de heer Van Gerven maakte en dat de heer Potters niet eerlijk wil toegeven. Dat vind ik jammer.

De heer **Potters** (VVD):
We moeten goed kijken naar de zorg. De zorg moet betaalbaar zijn en de mensen die zorg echt hard nodig hebben, moeten altijd toegang tot die zorg hebben. Niet alleen wij hier in de Tweede Kamer, maar ook wethouders in gemeenten kijken kritisch naar wat er nodig is en wat we van mensen zelf kunnen vragen. Ook dat vinden wij als liberalen heel belangrijk. Dat lijkt mij heel logisch. Die afweging moet gemaakt kunnen worden. Het is geen open toegang zonder enige grens waarbij alles kan worden geleverd wat je vraagt. Ik vind dat wij kritisch mogen zijn op de zorg die geleverd moet worden en dat er ook een bijdrage van mensen gevraagd mag worden, maar dat het stelsel wel altijd toegankelijk moet blijven voor iedereen die echt zorg nodig heeft.

De **voorzitter**:
U vervolgt uw betoog. U was gebleven bij een toelichting op het amendement over de hulphond.

De heer **Potters** (VVD):
Daar was ik mee klaar, dus ga ik naar mijn volgende punt.

Ik krijg signalen dat mensen die voor een gehandicapt kind gebruikmaken van de logeeropvang, aanlopen tegen beperkingen en regels. Ze worden daardoor gedwongen te kiezen voor een duurdere opname in een instelling, met alle gevolgen van dien voor het gezin. Is de staatssecretaris het met mij eens dat dit niet de bedoeling kan zijn? Zou hij daar nog eens goed naar willen kijken en daar wellicht op willen terugkomen in de tweede termijn?

De hervorming van de langdurige zorg lijkt tot nu toe beheerst te zijn verlopen, met één negatieve uitzondering. De invoering van het trekkingsrecht heeft de afgelopen jaren een stapel brieven, talloze debatten en vooral een hoop ellende voor hulpverleners en cliënten opgeleverd. Ik ga die debatten hier niet overdoen; dat lijkt me niet verstandig. Ik wil echter wel een duidelijke toezegging van de staatssecretaris. Gaat de jaarovergang van 2015 naar 2016 nu soepel verlopen? Kan de staatssecretaris dat aan ons, de hulpverleners en met name ook aan de cliënten toezeggen?

Daarmee ben ik aan het einde van mijn betoog gekomen.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):
Ik heb de VVD-fractie helemaal niet gehoord over de middeninkomens. Toen wij hier debatteerden over de afschaffing van de tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten, de korting op de eigen bijdrage en de compensatie van het eigen risico — waar het CDA tegen was — heeft het CDA constant, ook tegen de VVD, gezegd dat de middeninkomens hiervan het gelag zullen betalen. Dat was toen niet zo. De staatssecretaris heeft daar op mijn verzoek een klein onderzoek naar gedaan. Daaruit blijkt dat de compensatie door gemeenten alleen op de minima is gericht. Is de VVD inmiddels met het CDA van mening dat dit niet goed gaat en dat dit om extra compensatie vraagt?

De heer **Potters** (VVD):
Volgens mij hebben wij samen gevraagd om eens goed te kijken naar de stapelingseffecten van het eigen risico. De staatssecretaris is daarmee bezig en de uitkomst daarvan komt ook naar de Kamer. Het is zaak om nog eens goed naar de uitkomsten daarvan te kijken. Mevrouw Keijzer deed echter wel een interessante suggestie, te weten dat dit gecompenseerd zou moeten worden. Ik heb goed geluisterd naar uw collega Buma bij de Algemene Politieke Beschouwingen. Hij was volstrekt helder. Hij zei dat er geen cent extra naar de zorg gaat in 2016 en 2017. Misschien heb ik dat niet goed begrepen. Ik begrijp nu dat mevrouw Keijzer middelen beschikbaar heeft om de middeninkomens te compenseren. Hoe wil zij dat doen?

Mevrouw **Keijzer** (CDA):
De heer Potters heeft niet goed geluisterd! Ik kom straks met voorstellen. Wat echter interessanter is, is dat de VVD-fractie indertijd in niet mis te verstane woorden tegen het CDA heeft gezegd: wat u zegt, is allemaal onzin; het wordt niet een kwestie van de rekening neerleggen bij de middeninkomens. Nu blijkt uit het onderzoek dat dit wel het geval is. Neemt de VVD die woorden inmiddels terug? Ziet de VVD-fractie, met het CDA, dat middeninkomens echt het volle pond betalen: maximale eigen bijdragen voor zowel maatwerkvoorzieningen als voor algemene voorzieningen en geen compensatie vanuit de gemeenten omdat die zich richten op de minima?

De heer **Potters** (VVD):
Ik heb net gezegd dat wij samen hebben gevraagd om te bekijken wat de stapelingseffecten van de eigen bijdragen zijn, ook voor de middeninkomens. De staatssecretaris zoekt dat nu uit. Mevrouw Keijzer poneert nu een tegenstelling die er helemaal niet is. Zij geeft ook geen antwoord op mijn vraag. Zij suggereert dat de middeninkomens moeten worden gecompenseerd en zij zegt dat dit voor het CDA prioriteit heeft. Dat snap ik, met de achterban die mevrouw Keijzer heeft. Maar haar voorman zegt dat er geen cent extra naar de zorg gaat. Hoe rijmt mevrouw Keijzer dat met elkaar? Gaat zij vandaag een motie indienen voor extra geld voor de middeninkomens? Ik wil daar best naar kijken, maar ik wil dan wel graag weten wat de dekking daarvoor is. Dan kunnen we zien welke kant het uitgaat. Ik wil dus weten wat mevrouw Keijzer hier nu eigenlijk wil zeggen.

De **voorzitter**:
Ik houd vast aan interrupties ...

Mevrouw **Keijzer** (CDA):
Even een punt van orde: ik krijg geen antwoord. Dat vind ik zo jammer.

De **voorzitter**:
Wilt u niet door mij heen praten, mevrouw Keijzer? Ik houd vast aan interrupties in tweeën, maar omdat u wordt aangesproken en een vraag had gesteld, stel ik u in de gelegenheid om te reageren.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):
Nee, voorzitter, dat heeft geen zin als ik toch geen antwoord krijg op mijn vraag. Het is helaas niet anders. De VVD-fractie wil niet duidelijk aangeven op welke wijze zij wil staan voor de middeninkomens. Dat is dan helaas maar zo. Hier wordt altijd gezegd dat iemand over zijn eigen antwoorden gaat; dat geldt nu dus ook.

De **voorzitter**:
Dan laten wij het bij die constatering, mevrouw Keijzer. Dank u zeer voor uw inbreng, mijnheer Potters. Het woord is aan mevrouw Bruins Slot.

☐

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Voorzitter. Laatst vertelde een verpleegkundige mij over de moeilijkheden die zij ondervindt om voldoende en ook het juiste continentiemateriaal voor ouderen te krijgen en dat ouderen uit schaamte de deur niet meer uitgaan of dan maar niets meer op een verjaardag drinken omdat zij geen ongelukje willen krijgen. Je zult maar als 80-plusser met de zorgverzekeraar of de leverancier in gevecht moeten gaan over de hoeveelheid continentiemateriaal die je krijgt. De continentieverpleegkundige vindt dat meer continentiemateriaal noodzakelijk is en geeft dat advies ook, maar de zorgverzekeraar en de leverancier beslissen anders, en dat vindt het CDA slecht.

Dit blijkt ook uit de conclusies in het ZonMw-rapport. Er bestaan geen richtlijnen of normen op grond waarvan kan worden beoordeeld welk hulpmiddel het adequaatst is. De positie van de gebruiker is onder de maat. Dat staat ook in het rapport. Er is weinig onderzoek voorhanden op het gebied van innovatie, doelmatigheid en meerwaarde van hulpmiddelen. De minister komt in reactie op het rapport met haar eeuwige storingsreactie van het bestuurlijke overleg. Op dit punt vindt het CDA dat volstrekt onvoldoende. Het CDA wil graag dat, net als bij het voorschrijven van geneesmiddelen, de zorgverlener kan bepalen welk middel de patiënt krijgt als er sprake is van medische noodzaak. Dan is de zorgverlener samen met de patiënt weer in de lead. Ik krijg graag een reactie van de minister op dit voorstel.

Het eigen risico is bedoeld als rem op onnodig zorggebruik, maar is inmiddels eigenlijk uitgegroeid tot een rem op medisch noodzakelijke zorg. De groep mensen die na een verwijzing niet meer naar het ziekenhuis gaan, is met 25% gegroeid. Het CDA wil dan ook dat op een aantal punten het eigen risico op de schop gaat. Voor chronisch zieken is het eigen risico al snel bij de eerste behandeling of de eerste medicijnen vol. Bovendien zijn er regionale verschillen in

de hoogte van het te betalen eigen risico voor een behandeling. Vaak wordt in streekziekenhuizen meer betaald omdat de kosten daar hoger liggen. Het voorstel van het CDA is om een vast bedrag van bijvoorbeeld €75 per behandeling per patiënt in te voeren, natuurlijk tot een maximum van €375, zodat er telkens een remmoment is. Graag een reactie van de minister hierop. Daarnaast dient het CDA een amendement in om de verhoging van het eigen risico terug te draaien. Het lijkt erop dat mensen met een hoog vrijwillig eigen risico tot €885 de rekening vaak niet kunnen betalen. Heeft de minister een beeld van de effecten van dat hoge vrijwillige eigen risico? Kan zij deze effecten eens onderzoeken?

De **voorzitter**:
Ik weet niet precies wat het is dat u hebt gezegd dat maakt dat er nu een wachtrij staat bij de interruptiemicrofoon. Ik begin bij de heer Van Gerven.

De heer **Van Gerven** (SP):
Ik weet dat wel, want het gaat om het eigen risico, de ziektetaks. Daar moeten wij van af. Dat is een boete op ziek zijn en dat is heel onrechtvaardig. Ik beluister een inconsequentie bij het CDA. Mevrouw Bruins Slot zegt dat het eigenlijk een rem is geworden op noodzakelijke zorg. Dat zegt zij met zoveel woorden. Maar hoe kan zij dan met droge ogen het voorstel doen om voor medisch noodzakelijk zorg — de huisarts verwijst iemand immers door naar het ziekenhuis — een boete op te leggen van €75?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Het is van belang om de zorg goed te leveren en mensen iedere keer te laten nadenken over de vraag of het wel nodig is dat zij naar de dokter gaan. De manier waarop wij het nu hebben geregeld met dat hoge eigen risico dat je in één klap kwijt bent, vindt het CDA te ver gaan. Wij denken dat wij het op een andere manier kunnen doen, waardoor er telkens een moment is voor de patiënt om na te denken over de vraag of het wel of niet nodig is. Het mooie van dit systeem is dat wij daarmee kunnen zorgen voor een rem van €75.

De heer **Van Gerven** (SP):
Ik constateer gewoon dat dit inconsequent is en dat het niet klopt. De huisarts maakt met een patiënt de afweging om naar het ziekenhuis te gaan. De huisarts oordeelt bijvoorbeeld dat een verwijskaart nodig is voor een bepaalde behandeling. Dan is er gewoon een zorgvuldige afweging gemaakt. Het past toch niet bij een christelijk-sociale partij om dan een boete op te leggen van €70 voor elke keer dat je voor een behandeling naar het ziekenhuis gaat? Zou het niet veel beter zijn om het stelsel, waarin ontzettend veel niet goed loopt en dat enorm veel bureaucratie en verspilling door de zorgverzekeraars met hun zorgspotjes kent enzovoorts, aan te pakken in plaats van een boete bij de patiënt neer te leggen?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Het CDA kijkt daar echt anders tegen aan dan de SP. De voorstellen van de SP zullen leiden tot herinvoering van de wachtlijsten en zullen er ook voor zorgen dat een aantal kosten echt omhooggaan. Het is van belang dat we goede zorg kunnen leveren aan mensen. Het CDA kijkt echt anders aan tegen het systeem dat de SP voorstaat en tegen de voorstellen van de SP.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Het is heel mooi dat het CDA hiermee komt; dit was natuurlijk ook een onderdeel van het verkiezingsprogramma van het CDA. In 2010 heb ik met de toenmalige CDA-minister van Volksgezondheid gewisseld dat D66 een soortgelijk systeem wilde en ook een inkomensafhankelijk plafond wilde. Toen werd gezegd dat dat niet kon en dat dat veel te veel bureaucratie zou opleveren. Hoe denkt het CDA dit te regelen?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
D66 heeft het over een inkomensafhankelijk plafond. Ik denk dat dat inderdaad veel te ingewikkeld is in de uitvoering. Ik vind het opvallend dat bijvoorbeeld ook de ziekenhuissector inmiddels zegt dat dit voorstel waarschijnlijk wel kan worden uitgevoerd. In de afgelopen vijf jaar hebben ook de digitale ontwikkelingen niet stilgestaan. Daarom lijkt het mij zeer goed dat de minister dit verder uitzoekt en ervoor zorgt dat dit ingevoerd kan worden.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Mevrouw Bruins Slot noemde een bedrag. Je zou ook kunnen kijken naar een percentage van de zorgrekening.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Ik zei: "bijvoorbeeld €75". De kern van de zaak is dat we naar een goede rem op onnodig zorggebruik moeten en niet naar een onnodige rem op onnodig zorggebruik. Als een goede rem het best kan in de vorm van een bepaald bedrag rond de €75, is dat prima. Je kunt naar percentages kijken, maar dan wordt het ook weer heel ingewikkeld. Dan moet je immers per behandeling bekijken hoe duur die behandeling is en dan moet je daarvan het percentage uitrekenen. Hoewel dit voorstel sympathiek is, kan ik mij dus voorstellen dat dat juist weer veel extra administratieve lasten met zich meebrengt. Daar zitten we natuurlijk niet op te wachten.

De heer **De Lange** (VVD):
Toen u mij interrumpeerde, sprak u ook over het belang van minder regels en minder bureaucratie. U oppert nu een plan waarvan u zelf aangeeft dat u nog niet helemaal weet of het kan worden uitgevoerd. Dat verbaast mij enigszins, omdat dit soort maatregelen in ieder geval niet zou moeten leiden tot meer administratieve lasten. We hebben afgelopen week nog gezien hoe ingewikkeld ziekenhuisrekeningen kunnen zijn. Kunt u daar toch nog een reflectie op geven? Waarom komt u met een voorstel waarvan in ieder geval de mensen die daar zicht op hebben, zeggen dat het in de uitvoering heel ingewikkeld wordt?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Ik heb de indruk dat de heer De Lange mij misschien niet helemaal goed heeft begrepen. Ik heb aangegeven dat het een werkbaar plan is, maar mevrouw Dijkstra deed de suggestie om ook met een inkomensafhankelijk plafond en

met percentages te werken. Ik denk dat dat veel extra administratieve lasten zou opleveren.

De heer **De Lange** (VVD):
Hoe komt u dan tot de constatering dat dit een werkbaar plan zou zijn en geen bureaucratie zou opleveren? Met het plan worden immers allerlei trapjes ingebracht. Dat gaat allerlei extra administratieve lasten opleveren; dat is gewoon een feit.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
We werken nu ook met eigen bijdragen in de langdurige zorg, maar ook binnen de Zorgverzekeringswet. Die systematiek is er dus. Als het CDA een voorstel doet om dit voor mensen betaalbaarder te maken en om de omgang met het eigen risico uitvoerbaarder te maken, vind ik het een beetje teleurstellend dat de heer De Lange weer gelijk in een storingsreactie valt in de trant van: we moeten bekijken of dat wel allemaal kan en of het niet te lastig is. Laten we nou eens eerst met elkaar bekijken hoe we een groot probleem dat mensen vaak hebben met het betalen van het eigen risico, kunnen oplossen. We hebben op dit moment immers 800.000 betalingsregelingen. Meer dan 350.000 mensen kunnen hun rekeningen niet betalen en zijn wanbetalers. Zorg is van mensen door mensen. Het is belangrijk om de menselijke maat in de zorg te behouden. Dit betekent ook dat zorgverzekeraars allereerst maatschappelijke organisaties zijn: zij moeten dienstbaar zijn aan de zorg en aan de mensen. Het gaat echter niet goed met die maatschappelijke rol van de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben onnodig veel zorggeld op de plank liggen. Het CDA wil dat er een maximum wordt gesteld aan de reserves die zorgverzekeraars mogen aanhouden. Navraag in Europa leert dat dit ook kan. Ik krijg hierop draag een reactie van de minister. Het CDA is daarnaast van mening dat zorgverzekeraars geen winst mogen uitkeren. Ook moet de positie van de verzekerden bij zorgverzekeraars worden versterkt.

Onlangs zijn de uitkomsten van een groot Europees onderzoek verschenen. Daarin wordt de conclusie getrokken dat zorgverzekeraars in Nederland een oligopolie vormen en dat dit een gevaar is voor gezonde verhoudingen. Daarom wil het CDA dat er een strenge fusietoets voor zorgverzekeraars komt en dat het mogelijk wordt om zorgverzekeraars te splitsen als blijkt dat zij te veel macht hebben. Ik krijg graag een reactie van de minister op dit punt.

De minister mag van mij de boeken ingaan als de minister die de zorguitgaven onder controle heeft gekregen. Het CDA acht de betaalbaarheid van de zorg erg belangrijk, omdat iedereen dan goede zorg kan blijven krijgen. Het is echter lastig dat de Algemene Rekenkamer nog steeds constateert dat er knelpunten zijn in de registratie-, declaratie- en verantwoordingseisen. Dit wordt niet alleen door de Algemene Rekenkamer geconstateerd; de Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants heeft op 21 januari 2015 een brandbrief gestuurd waarin zorgen worden geuit over de verantwoording van het hele sociale domein, dus zowel van de gemeenten als van de zorgorganisaties, de geestelijke gezondheidsorganisaties, de ouderenorganisaties en de gehandicapten- en jeugdzorginstellingen. Ook hebben wij kort geleden een brief ontvangen waarin wordt gesteld dat de definitieve besluitvorming over het macrobeheersingsinstrument over 2013 — wij zijn inmiddels twee jaar verder — is verschoven naar het voorjaar van 2014. Daardoor is het jaren na dato niet duidelijk hoeveel geld er in Nederland werkelijk is uitgegeven aan de zorg. Niet alleen dat, de cijfers van de geestelijke gezondheidszorg over 2013 en 2014 zijn ook nog steeds niet bekend. De cijfers van 2014 komen pas in 2017. Wij weten dus op zijn vroegst in 2017 hoeveel geld wij in 2013 en 2014 exact hebben uitgegeven aan de zorg en of wij meer of minder hebben uitgegeven. De Algemene Rekenkamer heeft dit al eerder vastgesteld. Hij schrijft dat dit door de minister onvoldoende als een probleem wordt beschouwd.

Namens het CDA stel ik voor dat er een onafhankelijke commissie van financieel experts wordt ingesteld die toch nog een keer onderzoek doet naar deze financiële problematiek en dan ook met aanbevelingen komt. Ik krijg hier graag een reactie van de minister op.

Ik sprak al over de geestelijke gezondheidszorg. Wij dienen te zorgen voor de meest kwetsbare mensen in de samenleving. Wij mogen hen niet in de steek laten. Daarom vindt het CDA het zo belangrijk dat er goede geestelijke gezondheidszorg is. Wij maken ons zorgen over de toegankelijkheid en de beschikbaarheid van de geestelijke gezondheidszorg. De afbouw van de bedden in de instellingen gaat niet gelijk op met de opbouw van voorzieningen van geestelijke gezondheidszorg in de praktijk. Er is op dit moment te veel sprake van hokjesdenken, zo signaleren de Federatie Opvang, het Landelijk Platform Geestelijke Gezondheidszorg en het Leger des Heils ook. Het CDA wil dat de minister de handschoen oppakt en zorgt voor de borging van de kennis over psychiatrische beperkingen in de wijkteams en bij gemeenten. Dat moet echt goed op orde zijn en de staatssecretaris kan daarbij helpen.

De minister en de staatssecretaris hebben in 2014 ook beloofd dat er objectieve inhoudelijke criteria zouden komen voor de toegang van cliënten van de geestelijke gezondheidszorg tot de Wet langdurige zorg. In technische termen geldt dit zowel voor de B- als de C-pakketten. Hoe staat het daarmee? Ik heb daar sinds 2014 niets meer van gezien, terwijl wij mensen goede zorg willen geven en maatwerk willen leveren. Dan moeten er goede objectieve inhoudelijke criteria zijn. Ook D66 heeft zich hier eerder hard voor gemaakt. Het is eigenlijk bizar hoe lastig het is om te stoppen met roken, zelfs als je zwanger bent. Bijna één op de vier laagopgeleide zwangere vrouwen rookt tijdens de zwangerschap gewoon door. Baby's van wie de moeder rookt hebben twee keer zoveel kans op een laag geboortegewicht. Er is sprake van miskramen, of de baby blijft te klein. Ook is de kans op wiegendood twee keer zo groot. Uit het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg blijkt dat hiervoor echt onvoldoende aandacht is. Het CDA wil dat dit kabinet rokende zwangere vrouwen actiever helpt om van het roken af te komen. Daarvoor is een nauwe samenwerking tussen gynaecoloog en verloskundige nodig. Hierbij bied ik mede namens het CDA een actieplan aan de staatssecretaris aan met het doel dit voor elkaar te krijgen. Het CDA wil echt graag dat de staatssecretaris de voorstellen die in dit plan staan, gaat uitvoeren, opdat hiervan echt werk wordt gemaakt en ervoor wordt gezorgd dat zowel de moeder als de baby tijdens de zwangerschap wordt beschermd.

De **voorzitter**:
Ik verzoek mevrouw Bruins Slot om dit plan aan de bode te overhandigen.

Ik neem aan dat er geen bezwaar tegen bestaat dat dit stuk ter inzage wordt gelegd bij het Centraal Informatiepunt van de Kamer.

(Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt van de Tweede Kamer der Staten-Generaal.)

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Ik ga bijna over tot de afsluiting. Het mooie van de zorg is dat het mensenwerk is. De zorg is er voor mensen en wordt door mensen verleend. Van werkbezoeken komen wij telkens terug met suggesties en ideeën om die zorg beter te maken. Dat hoor ik ook van mijn collega's. Het is van belang dat wij daar werk van maken. De beste suggesties komen vaak uit de praktijk. Ik wil de minister toch vragen of zij daarmee aan de slag gaat. Een ambulancechauffeur die dagelijks in de auto zit, vertelde mij dat mensen in Duitsland voor het theorie-examen leren dat automobilisten moeten uitwijken. Dat voorkomt veel ongelukken en gewonden. Mijn verzoek aan de minister is of zij met dit goede idee aan de slag wil gaan. Is het mogelijk om de Nederlandse automobilisten een uniforme manier van uitwijken te leren? Nu heeft 60% van de ambulancechauffeurs weleens een ongeluk gehad. Dit laat zien dat de zorg van mensen is, die in de praktijk vaak goede oplossingen vinden. Het is van belang dat zij daarvoor de ruimte krijgen en geen knellende regels.

De heer **Van Gerven** (SP):
Ik heb nog even een praktisch punt. Ik neem aan dat de nota waar het CDA het over heeft, onder de leden van de Kamer wordt verspreid.

De **voorzitter**:
Uiteraard.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Dat hoop ik wel. Ja, graag.

☐

Mevrouw **Keijzer** (CDA):
Voorzitter. Het CDA ziet dat de snelheid van het doorvoeren van de hervormingswet leidt tot gaten in de wetgeving. Dat leidt voor zorgvragers en familieleden tot onduidelijkheid en het stuurt mensen van het kastje naar de muur en weer terug. Het is er voor de gemiddelde zorgvrager allemaal niet duidelijker op geworden. Vaak vraagt men zich af onder welke wet de benodigde zorg en ondersteuning nu valt. Herkent de regering dit ook?

Ik geef enkele voorbeelden. Bij de intensieve kindzorg zal in 2016 weer een deel van de begeleiding onder de Jeugdwet vallen. De thuiswonende oudere krijgt zowel in de Wmo als in de Zorgverzekeringswet, de wijkverpleging, minder uren zorg thuis, en dat moet die ene mantelzorger thuis opvangen. De casemanager dementie heeft geen eigen aanspraak in de Zorgverzekeringswet. Daardoor lijkt alle opgebouwde kennis, waarvan ook in de Wmo gebruikgemaakt zou kunnen worden, te verdwijnen. Er ligt een wetsvoorstel over de overbruggingszorg, maar onduidelijk is of de gemeente of het zorgkantoor deze zorg bekostigt. Indiceert de transferverpleegkundige in het ziekenhuis de zorg thuis of doet de wijkverpleegkundige dat?

Dan kom ik op de derde voortgangsrapportage langdurige zorg, die wij maandagavond kregen. Hieruit blijkt dat kinderen onder de 18 jaar die een indicatie hebben via de Awbz, nadat zij 18 zijn geworden overgaan naar de Wmo als zij verblijf nodig hebben, omdat er dan sprake zou zijn van een tijdelijke behoefte aan beschermd wonen. Waarom, staatssecretaris, waarom? Is dit een soort sterfhuisconstructie voor kinderen onder de 18 jaar die nu een vg4-indicatie hebben? Over dit onderwerp heb ik een rijtje vragen ingediend. Het is buitengewoon technisch en ingewikkeld. Ik wil deze vragen graag allemaal beantwoord hebben. Zo kan ik beoordelen of er inderdaad sprake is van een sterfhuisconstructie.

Met de zorghervormingen zijn de administratieve lasten toegenomen, niet alleen voor zorgvragers die een pgb hebben, maar zeker ook voor instellingen die dezelfde zorg leveren maar nu met verschillende wetten te maken hebben. Bij de behandeling van de Wmo vertelde de regering dat de overhead van de Wmo ruim 9% was. Wat is het nu?

De eigen bijdrage voor de zorg verloopt ook niet soepel. Mensen krijgen een eigen bijdrage opgelegd voor maanden van geleverde zorg en schrikken zich dus een hoedje. Eerder stelde het CDA voor om gemeenten te stimuleren rekeningen van ondernemers sneller te betalen. Vandaag stelt het CDA voor om een maximumtermijn van een maand te stellen voor het aanleveren van gegevens bij het CAK door gemeenten en zorgkantoren, op straffe van een korting op de eigen bijdrage voor de desbetreffende maand.

Ook vraagt het CDA de staatssecretaris na te denken over de mogelijkheid om een vaste voorlopige eigen bijdrage per maand in te voeren. Hierdoor hoef je achteraf veel minder te verrekenen voor daadwerkelijk verleende zorg. Dit leidt tot veel minder correcties over en weer tussen aanbieders, burgers en het CAK. Ik krijg graag een reactie van de regering hierop.

Er wordt in 2016 extra geld geïnvesteerd in ouderenzorg, zowel voor activiteiten als voor de opleiding. Worden deze middelen toegevoegd aan de contracteerruimte, of komt er een subsidieregeling waarbij alleen zorginstellingen die regelarm werken of meedoen aan kwaliteitsprojecten, in aanmerking komen voor dit geld? Graag ontvangt het CDA nog tijdens deze begrotingsbehandeling een plan daarvoor.

Het kabinet heeft er vanaf 1 januari 2015 voor gekozen om mensen met beperkingen en ouderen langer thuis te laten wonen. Zoals bekend, steunt het CDA het idee dat mensen langer thuis wonen, al is het maar omdat mensen dat zelf ook willen. Daarnaast koos dit kabinet er echter voor om miljoenen te bezuinigen. Daarom dienen wij vandaag bij deze begroting een aantal amendementen in die meer geld beschikbaar stellen voor de zorg thuis. Het CDA wil namelijk dat gemeenten vanuit de Wmo op basis van inhoudelijke criteria besluiten om mensen wel of geen hulp en ondersteuning thuis te geven. Het CDA wil dat er rekening wordt gehouden met hetgeen mantelzorgers aankunnen. We wil-

len ook dat de wijkverpleging voldoende verpleging en verzorging kan bieden bij de mensen thuis.

De Wmo mag wat het CDA betreft geen armoedewet worden. In een interruptiedebat met de heer Potters sprak ik er al over. De WTCG-maatregel wordt vooral gebruikt om de laagste inkomens te ondersteunen. Dat is van bijstandsniveau tot 120%. Ook hierbij vinden wij dat er geld bij moet.

Het CDA maakt zich er zorgen over dat over een paar jaar geen persoonlijke verzorging meer gegeven kan worden en alleen nog maar verpleegkundig handelen vergoed wordt. De Zorgverzekeringswet is namelijk een medische wet. Persoonlijke verzorging zoals hulp bij het douchen is lang niet altijd medisch geïndiceerd. Denk bijvoorbeeld aan kwetsbare ouderen of mensen met een status quo die een dwarslaesie hebben. Er zijn ook nog eens onvoldoende wijkverpleegkundigen in de wijk aanwezig. Het CDA heeft daarvoor gewaarschuwd. Niet alleen Actiz, maar ook bijna de helft van de wijkverpleegkundigen, geeft aan dat er onvoldoende budget is om de benodigde zorg te verlenen. Uit een enquête bleek ook nog eens dat 60% van de verpleegkundigen meer tijd kwijt is aan administratieve lasten. Wat gaat we eraan doen om dat echt te veranderen? Ik krijg hierop graag een reactie.

De heer **Potters** (VVD):
Mevrouw Keijzer vraagt zich af wat we eraan gaan doen. Om met die laatste woorden te beginnen: wat gaat het CDA eraan doen? Op 15 oktober heeft mevrouw Keijzer in het AO over wijkverpleging tegen mijn collega Rutte gezegd dat zij plannen zou presenteren om het een en ander te gaan repareren en te compenseren bij de wijkverpleging. In het interruptiedebat van zojuist stelde zij dat er wat moet gebeuren aan de situatie van de middeninkomens, omdat het daarmee niet goed zou gaan. Ondertussen zei haar collega Buma bij de Algemene Politieke Beschouwingen dat er echt geen extra geld naar de zorg gaat en dat het CDA juist heel zuinig aan wil doen. Mevrouw Keijzer uit haar zorgen en dat mag. Dat is ook goed, dat hoort bij zo'n begrotingsbehandeling, maar er ligt geen enkel plan. Van het plan van de SP kan van alles gezegd worden, dat het een slecht plan is, maar er ligt tenminste een plan. Bij het CDA ligt er echter helemaal niks. Wat gaat deze partij zelf doen?

Mevrouw **Keijzer** (CDA):
Wij hebben amendementen voorbereid die al naar de Kamer gestuurd zijn of gestuurd worden en daar staat ook in hoe wij dekking vinden voor het extra geld. In de amendementen staat namelijk dat het CDA extra geld beschikbaar wil stellen voor de wijkverpleging, voor de WTCG en voor de Wmo. Een en ander wordt gedekt door bijvoorbeeld regelarme zorg in te voeren. Uit eerder onderzoek is gebleken dat dit een besparing van 7% tot 19% kan opleveren. Dat is een voorbeeld van wat wij van plan zijn. Het CDA is er ook voor om verplichte inkoop van zorg door ziekenhuizen nu eindelijk eens te regelen. Als je bekijkt hoe in Duitsland deze inkoop plaatsvindt, dan blijkt dat 30% tot 40% goedkoper ingekocht kan worden. Er is dus geld voor die zorg thuis en het CDA gaat dat dan ook via die amendementen ter beschikking stellen. Deze zijn al naar de Kamer gestuurd, of ze komen binnenkort, ik weet even niet waar die in de pijplijn hangen.

De **voorzitter**:
Wat dit laatste punt betreft: de amendementen liggen op dit moment bij de reproductieafdeling.

De heer **Potters** (VVD):
Het lijkt me wat lastig dit soort plannen naar voren te brengen in de vorm van amendementen met een naar mijn idee best wel vage dekking. Mevrouw Keijzer heeft op 15 oktober aan mijn collega beloofd met een plan te komen. Nu ligt er geen plan, wordt er naar het kabinet gewezen en dient het CDA een aantal amendementen in. Is mijn conclusie dan ook juist dat wat de heer Buma heeft gezegd gewoon onzin is, namelijk dat er geen extra geld gaat naar de zorg, dat hij een streng, misschien wel enigszins stevig geluid daarover wilde laten horen bij de Algemene Politieke Beschouwingen maar dat via de achterkant, via amendementen toch gewoon meer geld naar de zorg gaat? Dat kan, maar het is dan wel handig als het CDA bepaalt waar zij voor staat.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):
Weet u wat ik nu zo jammer vind? Het CDA heeft tijdens de behandeling van al die wetten voorstellen gedaan ter verbetering. Daar heeft toen de meerderheid van de Kamer niet mee ingestemd. Vervolgens komt het CDA vandaag met een tegenbegroting waarin we extra geld ter beschikking stellen voor zorg thuis. Vorig jaar en het jaar daarvoor deden wij dit ook en vandaag doen we het weer. Het is zo jammer dat de VVD-fractie niet bereid is om daarnaar te kijken. Er is geld voor, het kan, en dan krijgen we met elkaar in de Kamer nu eindelijk eens voor elkaar dat er wat meer geld naar die thuiszorg gaat.

Nogmaals, het lijkt of we daarover een andere mening hebben dan zo'n beetje iedereen hier vandaag, maar wij vinden óók dat als mensen thuis kunnen blijven wonen, het dan goed is dat je dat op die manier regelt. Al was het alleen maar omdat mensen dat zelf willen. Je zult er dan wel voor moeten zorgen dat er ook voldoende geld is om dat mogelijk te maken. Dat is waar ik vandaag voor sta, dat zijn de voorstellen van het CDA, dus dat plan ligt er wel degelijk.

De heer **Van der Staaij** (SGP):
Ik hoor mevrouw Keijzer ook spreken over een tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten, in de zin dat er meer geld naartoe zou moeten, maar tegelijkertijd hoor ik vanuit gemeenten het signaal dat daar geld is dat eigenlijk voor dat doel niet gebruikt wordt. Wil zij daarop reageren? Herkent zij dat signaal?

Mevrouw **Keijzer** (CDA):
Nee. Bij de stukken zit de voortgangsrapportage langdurige zorg. De staatssecretaris heeft in dat kader bij een, weliswaar beperkt, aantal gemeenten gevraagd hoe ze omgaan met de eigen bijdrage en hoe ze de verschillende inkomensgroepen compenseren. Daar blijkt uit dat alleen de minima worden gecompenseerd. Dat heeft het CDA hier ook meerdere malen naar voren gebracht bij de behandeling van de wetten die de tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten afschaften. Wij zijn daar om die reden dan ook niet voor. Dat blijkt nu ook uit dat onderzoek. Wat het CDA betreft moet daar dus geld bij.

De heer **Van der Staaij** (SGP):
Maar de vraag waar het precies terechtkomt, is een andere vraag dan de vraag of het geld dat er is ook gebruikt wordt. Ik krijg in ieder geval signalen van gemeenten dat er wel geld voor is, maar dat ze nog niet direct een middel gevonden hebben om dat op een goede manier bij die doelgroep terecht te laten komen. Dus zou dat niet allereerst de vraag moeten zijn voordat we over extra geld spreken? Worden de budgetten die er zijn wel voldoende voor dit doel ingezet?

Mevrouw **Keijzer** (CDA):
Als ik CDA-wethouders spreek — ik spreek voornamelijk wethouders van CDA-huize — dan hoor ik heel vaak van ze dat er absoluut goede kanten aan het beleid vanuit Den Haag zitten maar dat ze gewoon te weinig geld hebben om het uit te voeren. Dat komt niet alleen vanuit die hoek tot ons maar ook vanuit zorginstellingen. Actiz heeft iets gezegd over de wijkverpleging. U kent de discussie over de patiëntenstops. Er is een enquête gehouden onder verpleegkundigen waaruit hetzelfde blijkt. Dan vind ik namens het CDA dat je op een gegeven moment je knopen moet tellen. Als je wilt voorkomen dat alle energie die de afgelopen tijd is gaan zitten in een betere zorg thuis, dicht bij mensen, verloren gaat, dan betekent dat extra geld voor thuiszorg. De dekking treft u aan in de amendementen. Die loopt langs dezelfde lijnen als in onze tegenbegroting van vorig jaar en van het jaar daarvoor, met daarbovenop nog het veel efficiënter inkopen van zorg in ziekenhuizen, want daar zijn gigantische financiële voordelen te behalen. Ik hoop zeer dat de Kamer instemt met die voorstellen van het CDA.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):
Nu even over het vorige punt. Het CDA is niet met een tegenbegroting voor 2016 gekomen. Mevrouw Keijzer komt nu met een aantal amendementen om dingen te regelen. Ik vind het altijd heel goed als partijen met voorstellen komen, maar dit geeft volgens mij ook aan dat zelfs het CDA heel veel moeite heeft moeten doen om geld te vinden als het gaat om regelarme zorgprojecten. Klopt het dat het lastig was om binnen de begroting extra geld te vinden voor zorg thuis?

Mevrouw **Keijzer** (CDA):
Nee, dat niet, we hebben gewoon gekeken waar die ruimte zit. Het CDA heeft er dit jaar niet voor gekozen om met een tegenbegroting te komen omdat er 5 miljard lastenverlichting is. Er is een keer een interruptiedebatje geweest tussen mijnheer Pechtold en mijnheer Buma. Dat was wel leuk, want toen zei mijnheer Buma: mijnheer Buma is blij, mijnheer Pechtold is boos.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):
Zullen we het even nadoen?

Mevrouw **Keijzer** (CDA):
Dat kunnen we doen, maar dat zou een herhaling van zetten zijn. Het CDA is dus te spreken over die lastenverlichting van 5 miljard, ook omdat die terechtkomt bij de middeninkomens. Vervolgens zoeken wij binnen de verschillende begrotingen die van belang zijn — bijvoorbeeld bij Justitie, waar geld bij moet, maar ook bij zorg — naar ruimte om extra geld vrij te maken waar dat nodig is. Wij hebben dat gevonden in deze onderdelen. Maar als de fractie van D66 deelt wat het CDA vindt, namelijk dat er meer geld beschikbaar moet komen voor zorg thuis en van mening is dat ergens anders de dekking moet worden gevonden, dan zijn wij zeer bereid om daarover in gesprek te gaan, want bovenaan staat dat er meer geld moet naar thuiszorg.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):
Als ik mij het verkiezingsprogramma herinner, bezuinigt het CDA 3 miljard op de langdurige zorg. Dus is dat dan voortschrijdend inzicht van het CDA?

Mevrouw **Keijzer** (CDA):
Dan gaan we terug naar plannen die opgesteld zijn in 2011. Laten we dat nu eens even niet doen. We hebben het nu over de begroting voor 2016. De bedragen die het CDA van de zorg af wilde halen — het is absoluut waar, ook wij vonden dat we moesten kijken hoe we de zorgkosten naar beneden brengen — waren altijd nog minder dan wat het kabinet, gesteund door D66, uiteindelijk heeft bezuinigd. Water onder de brug. We staan nu voor het jaar 2016. Overal piept en kraakt het en hoor je dat er te weinig geld is voor de thuiszorg. Wij doen daar voorstellen voor. Laten we elkaar daarop aanspreken en laten we met elkaar daarvoor meerderheden vinden.

De **voorzitter**:
U heeft nog een tweede termijn om met elkaar die partijpolitieke discussie te voeren. Zullen we dat daar doen?

Mevrouw **Bergkamp** (D66):
Voorzitter, een feitelijk punt.

De **voorzitter**:
Heel kort dan.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):
Het CDA bezuinigt in het verkiezingsprogramma 3 miljard, de regering, waar het CDA aan refereert, voor 2015 2,3 miljard. Dat is nog steeds een stuk minder dan het CDA wilde besparen. Wel is dat vanaf 2018 3,2 miljard. Dit even voor de feitelijke verslaglegging.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):
Voor de feitelijke verslaglegging zou ik even Keuzes in Kaart erbij moeten halen om precies na te rekenen of dit nu klopt.

De **voorzitter**:
Dat lijkt mij typisch iets voor de tweede termijn.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):
Dat zegt u, voorzitter, maar ik wil dat niet, want ik vind dat wij hier met elkaar niet moeten terugkijken naar 2011. We moeten met elkaar vooruitkijken naar 2016.

De **voorzitter**:
Dan zal dat uw inbreng zijn in tweede termijn.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):
Daar constateren wij dat er te weinig geld is voor de thuiszorg. Daar moeten wij met elkaar proberen ruimte te vinden. Het CDA doet daartoe concrete en constructieve voorstellen.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Ik heb de tegenbegroting van het CDA dit jaar gemist. Het CDA probeert vandaag het een en ander te repareren met amendementen. Waarom is dat niet klip en klaar in een tegenbegroting neergelegd? Mevrouw Schouten heeft bij het Belastingplan voorstellen gedaan, conform onze tegenbegroting, om mensen met een beperking of een chronische ziekte of ouders die een kind met een beperking verzorgen, financieel tegemoet te komen. Gaat het CDA die plannen steunen?

Mevrouw **Keijzer** (CDA):
Er ligt geen tegenbegroting in de letterlijke zin van het woord om dezelfde reden dat er in eerdere jaren ook geen tegenbegroting lag van een aantal partijen, hier aanwezig, omdat zij de begroting van de regering eigenlijk compleet steunen. Het CDA steunt de lastenverlichting van 5 miljard. Op verschillende onderdelen doen wij vervolgens voorstellen. Dat is wat er ligt. Ik nodig iedereen van harte uit om met elkaar te kijken hoe wij daarvoor een meerderheid kunnen vinden. Het voorstel van de fractie van de ChristenUnie zal ik bestuderen en op zijn merites beoordelen.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Dat is een opmerkelijke uitspraak. Het CDA zegt dat er geen tegenbegroting is ingediend, omdat de keuzen van deze regering worden onderschreven. Ik vraag het nog een keer. Wat gaat het CDA doen om de positie van chronisch zieken en gehandicapten te verbeteren? Steunt het CDA de voorstellen van mijn fractie? Je kunt niet enerzijds zeggen dat je het kabinet steunt, en anderzijds ach en wee roepen omdat het allemaal niet goed gaat met de chronisch zieken en gehandicapten.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):
Nog een keer heel precies. Wij steunen de 5 miljard belastingverlichting. Buma blij, want daarmee wordt een eind gemaakt aan het verhogen van de belastingen die de ChristenUnie heeft gesteund. Vervolgens kijken wij naar een aantal onderdelen waar extra geld bij moet, zoals Veiligheid en Justitie — dat zal mevrouw Dik-Faber niet verbazen — maar zeker ook zorg. In onze eigen voorstellen hadden wij zeker aandacht voor de positie van chronisch zieken en gehandicapten. Wij stoppen daarom extra geld in de WTGC, in de Wmo en in de wijkverpleging om mensen met zorg thuis te ondersteunen bij het elke dag weer rondkrijgen van hun plaatje. We weten het namelijk allemaal: het gaat nu op onderdelen ernstig mis.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Buma blij, maar Buma zei tijdens de Algemene Politieke Beschouwingen ook dat het CDA geen extra geld uittrekt voor de zorg, omdat er veel geld naar de zorg gaat. Ik heb het amendement en het voorstel van het CDA nog niet gezien. Dat is een beetje lastig, want mevrouw Keijzer zegt toch dat er extra geld naar de zorg gaat. Maar de dekking, bijvoorbeeld als het gaat om regelarm werken, komt toch gewoon uit de zorg? Kan mevrouw Keijzer iets specifieker zijn wat dit betreft? Waar komt dat extra geld voor de zorg dan vandaan?

Mevrouw **Keijzer** (CDA):
Daar ben ik helder over. Binnen de begroting van VWS hebben wij posten weten te vinden waar geld op kan worden bespaard door regels uit het systeem te gooien en door efficiënter in te kopen. Dat geld besteden wij aan zorg thuis. Volgens mij is het zo klaar als een klontje.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Dat is dus geen extra geld. Dat is binnen de begroting van VWS slimmer werken, bijvoorbeeld regelarm werken. Daar doen wij allemaal voorstellen voor. Het lijkt mij goed als het CDA aangeeft dat er geen extra geld wordt uitgetrokken, maar dat onze oproep om regelarmer te werken en goede voorbeelden tot norm te maken, wordt ondersteund. Laten wij er wel eerlijk over zijn dat er geen extra geld bijkomt.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):
Dat kan de heer Van Dijk vinden, maar dan wordt het een woordenspelletje. Als ik geld uit de zorg weet te halen, omdat wij stoppen met een aantal regels, en omdat we efficiënter inkopen, kan er meer geld naar de zorg thuis. Ik wijs er overigens op dat er al 1,3 miljard uit de begroting van VWS is verdwenen naar allerlei tekorten elders. Ik parkeer het geld dat wij hebben gevonden en dat besteden wij aan zorg thuis. Volgens mij zijn alle mensen die naar dit debat kijken onvoorstelbaar blij dat het CDA zegt: dat geld gaat naar de thuiszorg.

De **voorzitter**:
Voor de efficiency van de discussie geef ik u wel mee dat het handiger zou zijn geweest als u die amendementen op een zodanig tijdstip had ingediend dat de andere leden ze vooraf ook nog hadden kunnen lezen. Dat had geholpen.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Ik ben zo blij dat mevrouw Keijzer geld heeft gevonden via het verminderen van de regels. Ik heb hier echter een amendement van het lid Agema over het verminderen van de interne regeldruk bij zorgaanbieders in de AWBZ, maar daar stemde het CDA tegen. Wat is er dan veranderd?

Mevrouw **Keijzer** (CDA):
Welk amendement is dat? Wanneer is dat ingediend en wat was de dekking?

Mevrouw **Agema** (PVV):
Dezelfde dekking die u nu een jaar later kiest.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):
Vertel, wanneer was dat en wat staat erin?

Mevrouw **Agema** (PVV):
25 september 2014.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):
Ik weet het niet, ik zou even moeten kijken wat precies de draagwijdte van dat amendement is geweest. Als het hetzelfde blijkt te zijn als wat wij nu doen, dan kan ik mevrouw Agema feliciteren, want dan heeft zij dat vorig jaar dus al bedacht. Nogmaals: fantastisch, want dan stemt in ieder geval de PVV voor het amendement van het CDA en zijn wij met elkaar een stukje verder.

Dan kom ik op de huishoudelijkehulptoelage. Dit is een banenplan à la Asscher. Het is ook een banenplan dat niet werkt, net als al die andere banenplannen. Uit de stukken die wij van de regering hebben gekregen, blijkt ook weer dat weliswaar de plannen wel zijn ingediend, maar dat het daadwerkelijk gebruikmaken daarvan niet loopt. Wij waren al geen voorstander van deze subsidieregeling, maar nu wij lezen dat de maximale eigen bijdrage voor 2016 verhoogd wordt van €12,50 naar €17,50 denken wij dat het helemaal niet gaat lukken. Wij vragen ons af hoeveel geld er in 2016 beschikbaar is voor de huishoudelijkehulptoelage. Wij hebben het bedrag nog niet in de begroting kunnen vinden. Ik hoor graag wat dit bedrag is. Wij vragen aan de regering of het nu niet eens tijd wordt om het geld gewoon in de Wmo-middelen te stoppen. Dan is er weer een flinke hoeveelheid geld extra beschikbaar om mensen daadwerkelijk huishoudelijke hulp te geven.

De **voorzitter**:
Ik was van plan om nog één fractie het woord te geven voor de lunchpauze, maar daarvóór schorsen wij even om andere redenen. Ik stel vast dat u daarmee kunt instemmen.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Voorzitter. Als je ziek bent, moet je erop kunnen vertrouwen dat je zorg krijgt die nodig is en bij je past. Dat is natuurlijk de zorg die wetenschappelijk de beste uitkomsten heeft, maar het is ook de zorg die aansluit bij jouw behoeften en persoonlijke mogelijkheden. Om dit te kunnen bepalen is ruimte nodig voor het goede gesprek, met begrijpelijke informatie, zodat patiënt en zorgverlener samen deze afweging kunnen maken. Dit vergroot de kwaliteit en tevredenheid van patiënt en arts. Het draagt ook bij aan veiligheid en het voorkomen van onnodige zorg.

Wij zien op Europees niveau dat ons stelsel hoog staat aangeschreven. De kwaliteit van de Nederlandse zorg is hoog en de betrokkenheid van zorgverleners is groot. Wij zien echter ook dat ons systeem perverse prikkels kent. De dbc-betaaltitel is leidend, niet de vraag van een patiënt. De dbc vergoedt het maximaal verrichtte en niet het goede gesprek en de beste zorg. Bij ziekte wordt zorg vergoed, maar preventie ter voorkoming van ziekte wordt niet vergoed. Er is weinig ruimte voor vernieuwende zorg, die patiëntgerichter is en beter. Kortom, het aanbod staat centraal en niet de vraag van de patiënt. Een tweede probleem is de uitvoering van het stelsel door zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars zijn prijsvechters, die niet inkopen op kwaliteit, maar op prijs, aldus de NZa. De stem van de verzekerde wordt niet meegenomen. Hier is dus politieke sturing nodig. Verder zien wij dat er onvoldoende zeggenschap en samenspraak is ten aanzien van de inrichting van het zorglandschap. Wij hebben wel inspraak bij de aanleg van wegen in een regio, maar bij het zorgaanbod in de regio is die inspraak er niet. Degene om wie de zorg draait, heeft te weinig invloed.

Wij gebruiken deze begroting om voorstellen te doen die ertoe leiden dat mensen centraal komen te staan in de zorg en zeggenschap hebben, ze de zorg krijgen die bij hen past en het systeem gericht is op de vraag hoe wij mensen zo lang mogelijk gezond houden. Dit begint allemaal met ruimte voor het goede gesprek. Om te kunnen bepalen of zorg echt bij iemand past, is een goed en gelijkwaardig gesprek tussen patiënt en zorgverlener nodig, waarin echt wordt geluisterd naar de vraag, de diagnose en behandelalternatieven kunnen worden besproken en serieus kan worden ingegaan op de informatie die iemand thuis al heeft verzameld, via internet of andere bronnen. Zo kan een dialoog worden vormgegeven die ertoe leidt dat gekozen wordt voor zorg die echt bij iemand past. Momenteel is het zo dat veelal in een tienminutengesprek een besluit wordt genomen over een behandeling. Tijd voor behandelen en opereren is er volop, maar tijd die nodig is voor het goede gesprek om samen met de arts te kunnen afwegen welke zorg passend is en wat de gevolgen zijn, is er niet. Dit leidt tot grote frustratie bij de zorgverlener en de patiënt. Een zorgverzekeraar bepaalt nu of er extra tijd kan worden ingekocht om meer met een patiënt te spreken. Dit kan worden gedaan via kijk- en luistergeld, maar dit wordt heel weinig gedaan. De Partij van de Arbeid vindt het onwenselijk dat dit een keuze is van de zorgverzekeraar. De Partij van de Arbeid wil dat de dokter deze afweging in de spreekkamer maakt, samen met zijn patiënt. Wij vragen de minister om het goede gesprek tot norm te verheffen, zodat het voor alle zorgverleners in alle situaties mogelijk is en daarmee vanzelfsprekend wordt. Wij willen dat er financiële arrangementen worden onderzocht die de perverse prikkel van de medische verrichting verleggen naar het belonen van het voeren van het goede gesprek als basis voordat elke behandeling begint.

Als wij niet willen dat mensen voor informatie over zorg afhankelijk worden van de soms twijfelachtige informatie van dokter Google, is het heel erg belangrijk dat er meer patiëntgerichte informatie komt, die ook rekening houdt met laaggeletterden. Alleen dan kan worden voldaan aan de wettelijke plicht tot informed consent. Het jaar van de transparantie zou eigenlijk het jaar van de begrijpelijke informatie voor de patiënt moeten zijn, zodat de patiënt van tevoren weet waar hij aan toe is. De Partij van de Arbeid wil dat het verstrekken van die begrijpelijke informatie heel normaal wordt en dat dat de norm is, niet alleen vanuit het vertalen van een artsenrichtlijn, maar vooral vanuit de vraag van de patiënt. Wij kennen de goede voorbeelden: een stripboek voor kinderen die te maken krijgen met nucleaire geneeskunde, de pictogrammen bij urologie, speciaal voor laaggeletterden, de interactieve website van de hartvolgers, de YouTube-filmpjes. Dit zijn allemaal manieren waarop mensen informatie makkelijker tot zich kunnen nemen. Deze voorbeelden zijn echter afhankelijk van goedwillende dokters, die in hun avonduren deze informatie op een voor de

patiënt begrijpelijke manier ter beschikking stellen. We zien dat een publicatie in het hoogstaande wetenschappelijk tijdschrift The Lancet wordt gewaardeerd, maar niet zo de heel belangrijke taak om per ziektebeeld, vanuit de vraag van de patiënt patiëntgerichte informatie te ontwikkelen. Hoe gaat de minister dokters die zich hiervoor inzetten, stimuleren en belonen voor hun goede voorbeeld? Hoe kan patiëntgericht informeren een kwaliteitsvoorwaarde worden bij de inkoop? Is het mogelijk om samen met patiënten, zorgverleners, hun koepels en medische vakgroepen per koepel een ambassadeur aan te stellen, die patiëntgericht informeren gaat bevorderen en goede voorbeelden verzamelt? Wil de minister de zorginstituten hierin een rol geven, zodat patiëntgerichte informatie ter beschikking stellen wordt gestimuleerd in de hele sector en ook wordt gemonitord? Dan kunnen we volgen of het daadwerkelijk gebeurt, waar het goed gaat en hoe het beter kan.

Als een zorgverlener en een patiënt samen hebben besproken welke zorg het best bij iemand past, wil dat helaas nog niet zeggen dat iemand die zorg ook krijgt. Er is een aantal perverse prikkels in het systeem, die zorg op maat tegengaan. Ik noem daar een aantal voorbeelden van en hoor graag een reactie daarop van de minister. In eerste instantie noem ik de verkeerdebeddenproblematiek. Helaas is dit al zo'n fenomeen dat het een aparte naam heeft gekregen. Het gaat erover dat, indien mensen acuut naar een gespecialiseerde zorginstelling moeten, er een discussie ontstaat over de betaaltitel. Dat speelt vooral als dit zich voordoet in het weekend of op vrijdagmiddag. Hierdoor komen mensen in het ziekenhuis terecht als last resort. Dit is afschuiven van mensen. Het is geen passende zorg, het is niet menselijk en dus ook onwenselijk. Ik vraag de minister om in overleg met het veld een analyse te maken en tot een oplossing te komen. Niet het systeem en de betaaltitel moeten centraal staan, maar mensen die zorg nodig hebben. Er zijn ook goede voorbeelden van zorgverleners die ideeën hebben over hoe de zorg patiëntgerichter kan worden. Zij willen de zorg met hun ideeën innoveren, maar het systeem blokkeert deze ontwikkeling.

De fysiotherapeuten hebben bij het Kwaliteitsinstituut een aantal voorstellen ingediend, waardoor dure, belastende behandelingen in het ziekenhuis kunnen worden verplaatst naar de thuissituatie. Het Kwaliteitsinstituut heeft het naast zich neergelegd, omdat het geen prioriteit hieraan geeft. Hoe kan dit nou? Betere zorg voor minder geld en het Kwaliteitsinstituut zegt: dat heeft bij ons geen prioriteit? Wat vindt de minister hiervan en wat gaat zij aan deze prioriteitsstelling doen?

Er zijn ook vakgroepen van dokters in ziekenhuizen die de zorg patiëntgerichter willen maken. Ze willen af van afdelingen die langs elkaar heen werken, en ze willen toe naar gerichte zorgpaden per ziektebeeld. Hoe gaat de minister hen steunen? Welke ruimte geeft de minister hen? En wat doet de minister als de zorgverzekeraar niet wil meewerken? Hoe past zo'n voorstel in de brief die de minister heeft gestuurd over Samen Beslissen, waarin extra regelruimte wordt geboden? En wie beslist er uiteindelijk over zo'n experiment? Is dat het Kwaliteitsinstituut, is het de zorgverzekeraar of is het de dokter met de patiënt?

Een ander probleem dat wij zien is dat de richtlijnen niet meewerken, maar beperken. Richtlijnen komen in een heel taai proces tot stand en ze zorgen ervoor dat mensen niet snel en innovatief kunnen inspelen, maar dat het vijf jaar duurt. Daarom vraag ik de minister hoe richtlijnen dynamischer kunnen worden gemaakt en welke rol het Kwaliteitsinstituut heeft om de dokters die zo goed bezig zijn hiermee te helpen.

Dit systeem is erg gericht op het vergoeden van het bestaande zorgaanbod in plaats van het meegaan met de veranderende wereld. Skype, gezonde apps, interactieve informatie; het is allemaal mogelijk. Helaas blokkeert het systeem dit, omdat het systeem is gericht op het vullen van bedden en het betalen van het bestaande zorgaanbod. Hoe gaat de minister sturen op zorginnovatie vanuit een kwaliteitsoogpunt, zodat deze nieuwe mogelijkheden voor iedereen beschikbaar zijn en niet alleen voor de hogeropgeleide mensen?

Tot slot kom ik op het punt over de zorgverzekeraars. Mensen moeten erop kunnen vertrouwen dat de zorgverzekeraar voldoende en goede zorg inkoopt. De praktijk is echter dat zowel verzekerden als zorgverleners ontevreden zijn over de zorgverzekeraar. Het zijn geen bondgenoten die samen werken aan goede zorg. Daardoor ontbreken draagvlak en legitimiteit. Dat is zorgelijk voor een organisatie die ons premiegeld uitgeeft. De inkoop vindt vooral op prijs plaats, concludeert de NZa, en er is grote onvrede over de manier waarop er wordt gecontracteerd. De markt stuurt zichzelf niet. Daarom is politieke sturing nodig, zodat de zorg op basis van kwaliteit wordt ingekocht en niet alleen op basis van prijs. Ook overstappen heeft geen zin. Alle zorgverzekeraars voldoen namelijk niet aan de eisen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Mevrouw Bouwmeester geeft aan dat er politieke sturing nodig is, zodat zorgverzekeraars de juiste dingen inkopen. Wat vraagt mevrouw Bouwmeester nu van de minister? Wat moet zij doen?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Wij hebben daartoe vier voorstellen. Mijn tijd was al aan het dringen, dus ik ben blij dat mevrouw Bruins Slot haar vraag stelt. Ik zal daarop ingaan, maar ik vind het belangrijk om voorafgaand daaraan aan te geven wat wij leren van de Fyracommissie. Er was een toezichthouder die zei: we toetsen helemaal niet op inhoud, we kijken gewoon naar het proces. De Kamer zegt nu: hoe hebben we dat kunnen laten gebeuren? Wij hebben nu in de zorg een toezichthouder die zegt: het gaat niet goed, we toetsen niet op inhoud en een beetje op proces en we zien dat er op prijs wordt ingekocht. Als wij als Kamer zien dat het niet goed gaat, moeten wij nu bijsturen om te voorkomen dat we over een aantal jaren een parlementaire enquête hebben. Daartoe doe ik vier voorstellen.

Ten eerste willen wij dat de zorgverzekeraar niet alleen het proces toetst — zijn de inkoopvoorwaarden openbaar? — maar ook op inhoud toetst. Is de kwaliteit bepaald door de stem van de verzekerde of is het een proces dat een inkoper in z'n eentje doet?

Ten tweede willen wij echt toetsen of het tekenen bij het kruisje nu is afgelopen. De fysiotherapeuten zeggen: wat heeft de afgelopen periode ons opgeleverd; we hebben net iets langer de tijd gekregen om te tekenen bij het kruisje.

Ten derde willen wij dat de ledenraden van de zorgverzekeraars worden versterkt. Ze moeten instemmingsrecht, een eigen budget en eigen ondersteuning krijgen. Ze moeten gaan over financiële besluiten, bijvoorbeeld over het besteden van winst en ook over de dienstverlening die de zorgverzekeraar biedt. Als je ze geen macht geeft, dan is er geen tegenmacht en is er ook geen inspraak. Ditzelfde geldt overigens ook voor de patiënten- en cliëntenraden. Die verdienen hun positie, want anders blijft de macht bij besturen en blijven mensen ontevreden.

Ten slotte willen wij dat inwoners in de regio die afhankelijk zijn van de zorg er zeggenschap over hebben welke zorg er in hun regio komt. Het is te gek voor woorden dat we de inspraak wel hebben geregeld voor fietspaden en snelwegen, maar dat als een ziekenhuis dreigt om te vallen — wij hebben samen opgetrokken in het debat over het ziekenhuis in Dokkum — er wordt gezegd: we gaan daar allemaal niet over. Niemand gaat erover, behalve het ziekenhuis en de zorgverzekeraar. Er is geen draagvlak en geen legitimiteit, dus dat moet beter. De NZa moet dat ook gaan toetsen.

De **voorzitter**:
U hebt in technische zin een hoop van uw spreektekst als antwoord verpakt op een interruptie. Dat heb ik één keer toegestaan, maar daar ga ik niet mee door.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Mevrouw Bouwmeester zei in haar introductie: we moeten leren van de Fyra-enquêtecommissie; als we als Kamer de zorg nu niet bijsturen, dan lopen we tegen een parlementaire enquête aan. Hoe slecht is volgens de PvdA het beleid van deze minister dan op dit moment, dat we het risico lopen om tegen een parlementaire enquête aan te lopen?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Het gaat niet om het beleid van de minister, het gaat erom dat de toezichthouder een marktscan heeft gemaakt, waarin wordt geconstateerd dat er vooral op prijs wordt ingekocht. Wij constateren met z'n allen, minister en Kamer, dat we dat niet willen. Dan moet er dus bijgestuurd worden, want de markt doet dat niet vanzelf. We hebben daartoe vier voorstellen gedaan. Om ervoor te zorgen dat kwaliteit bepalend wordt, moet worden geluisterd naar patiënt en arts. Samen moeten zij kijken wat kwaliteit is. Een zorgverzekeraar moet dat proces niet in z'n eentje gaan bewandelen, dat moet gedaan worden met de verzekerden. Hun stem moet worden gehoord. Ze hebben geen stem, dus moeten we ervoor zorgen dat ze een stem krijgen. Er moet voor worden gezorgd dat er op kwaliteit wordt ingekocht. Daar moeten wij als Kamer het maximale aan doen. We hebben nu de gelegenheid, want de toezichthouder zegt dat het niet goed gaat. Sommige zorgverzekeraars hebben de afgelopen tien jaar aangetoond dat ze het zelf niet aankunnen. Dus moeten we bijsturen. Iedereen die daarvoor ideeën heeft, is van harte welkom.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Mevrouw Bouwmeester heeft inderdaad een aantal voorstellen gedaan. Die voorstellen zijn interessant, omdat ze op een aantal punten raken aan datgene waarover ik het ook wil hebben. Ze noemde onder andere het tot norm verheffen van het goede gesprek en het verstrekken van begrijpelijke info. Mevrouw Bouwmeester heeft daarover heel veel vragen aan de minister gesteld. Wat staat de PvdA zelf voor?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Als je ziet hoe de betaaltitel dbc is ingesteld, merk je dat die maximaal gericht is op opereren. Hoe sneller je het mes in iemand zet, hoe meer geld je verdient. De doctoren zeggen: nee, we willen eerst een rustig gesprek aan de voorkant om te bezien of de patiënt een bepaalde operatie wel aankan. Je zult daarom geld moeten verschuiven naar dat goede gesprek als basis. Je voorkomt daarmee onnodig belastende operaties, maar je bespaart daar ook heel veel geld mee, omdat je dan geen onnodige zorg verstrekt. Wij vragen daarom de minister of ze met nieuwe financiële arrangementen wil komen.

De tweede vraag ging over begrijpelijke informatie, wat nog steeds niet de norm is. De norm is dat je een folder meekrijgt, maar heel veel mensen zijn niet goed geïnformeerd. Daar hebben we een burgerinitiatief over gehad. Wij stellen voor om begrijpelijk informeren onderdeel te maken van het kwaliteitsbeleid. Je koopt dan niet alleen in op behandeling in een bepaald ziekenhuis, gekoppeld aan een aantal technische kenkerken, je maakt duidelijk dat je die zorg pas inkoopt als de informatie er is. Daarmee kun je afdwingen dat het gebeurt. Belangrijk is ook dat je daarmee de doctoren helpt die het heel graag willen, maar het niet kunnen uitvoeren. Zo kom je samen tot passende zorg en ruimte voor een gesprek.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Zoiets begreep ik wel, maar ik zie het nog niet helemaal voor me. Dat zou eigenlijk betekenen dat je de DOT's oprekt, waarvoor meer geld beschikbaar moet zijn. Mevrouw Bouwmeester zegt dat dit een verschuiving is. Dat kan ik me voorstellen, maar ik probeer voor ogen te krijgen wat ze bedoelt.

De **voorzitter**:
We hebben hier een publieke tribune, waar de mensen vast niet allemaal weten wat DOT's zijn.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Als ik dat vertel is dat enorm verhelderend. DOT staat voor Dbc's Onderweg naar Transparantie. Het gaat om de manier waarop behandelingen in een ziekenhuis worden betaald. Daar hadden we dbc's voor, maar dat is veranderd. Er wordt nu meer gekeken naar de uitkomst daarvan. Alles wat je doet rond een behandeling wordt daarin gestopt. Dat zou dus ook dat gesprek zijn waarvoor ruimte moet zijn. Ik vroeg me af hoe mevrouw Bouwmeester dat voor zich ziet.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Het gaat er niet om dat je meer doet, het gaat erom dat dokter en patiënt het juiste kunnen doen. Als de druk om iets te doen groot is, krijgen mensen misschien de zorg die ze niet nodig hebben. Dat is onnodig belastend en het kan ook nog eens onveiligheid oproepen. De prikkel die artsen wordt opgelegd om zo snel mogelijk te behandelen, moet

worden weggehaald. Je kunt het geld dus gewoon verplaatsen binnen de wijze waarop je het al besteedt. Het gaat dus niet om extra geld, maar om het verplaatsen ervan. Daarnaast is er het andere verhaal: het kijk- en luistergeld. Dat wordt alleen ingezet in heel complexe situaties, te weten bij mensen die heel kwetsbaar zijn en die veel ziektes tegelijkertijd hebben. De zorgverzekeraar bepaalt nu of dat wel of niet wordt ingezet. Wij vinden dat, als je wilt dat de zorg beter wordt en de kwaliteit hoger wordt, je ervoor moet zorgen dat de dokter mag bepalen wanneer hij dat instrument inzet. Je moet dan niet zeggen dat dan wel in te passen in de richtlijnen. Nee, het moet de norm worden voor iedereen. Het probleem is niet de richtlijn of een arts die niet wil, maar het is vooral de financiële prikkel binnen het systeem. Die willen wij verleggen, zodat mensen uiteindelijk de zorg krijgen die ze nodig hebben. Daarvoor heb je een gesprek en goede informatie nodig.

Mevrouw **Klever** (PVV):
De Partij van de Arbeid van mevrouw Bouwmeester zit in een kabinet dat de macht van de zorgverzekeraar steeds groter maakt. Ik noem de afschaffing van de vrije artsenkeuze. Een en ander is weliswaar in de Eerste Kamer gesneuveld, maar de nieuwe plannen liggen alweer klaar. Ik noem de besteding van de winsten van de zorgverzekeraars; zij worden jaar in jaar uit ongemoeid gelaten. Mevrouw Bouwmeester zegt in haar betoog dat ze zich zorgen maakt om de macht van de zorgverzekeraars. Ze komt dan met cliëntenraden of ledenraden op de proppen die de macht van de verzekeraar zouden moeten inperken. Maar is dat niet het werk van mevrouw Bouwmeester in de Tweede Kamer? Is zij niet juist daarvoor gekozen? Zij steunt het beleid van deze minister, maar dat beleid vergroot de macht alleen maar. De cliëntenraden moeten dit probleem toch niet oplossen? Mevrouw Bouwmeester kan dat toch vandaag hier, in de Tweede Kamer, oplossen? Als zij die problemen wil aanpakken, heeft zij de steun van een groot deel van de Kamer. Waarom wil ze cliëntenraden? Waarom wil ze het hier niet zelf als volksvertegenwoordiger aanpakken?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Ik ben blij met de steun van de PVV-fractie die wil dat de macht en de tegenmacht bij zorgverzekeraars gelijk wordt gedeeld. Dat is nu helemaal niet het geval. Vorig jaar heeft de Kamer gezegd: als je wilt dat zorgverzekeraars het niet meer in hun eentje voor het zeggen hebben, moet je tegenspraak creëren. In de Eerste en Tweede Kamer is een motie aangenomen van mevrouw Dik-Faber van de ChristenUnie. De Kamer vond het belangrijk om dit te regelen. Het gaat er echter niet om dat we een kopje koffie mogen drinken bij de bestuurder. Het gaat erom vooraf zeggenschap te krijgen, zodat er rekening wordt gehouden met de wensen als het gaat om de kwaliteit van zorg, de dienstverlening, fatsoenlijke polisvoorwaarden, maar ook over de besteding van winst. Dat willen wij doen. Je moet tegenspraak creëren die sterk is. Het gaat daarmee niet alleen om instemmingsrecht, maar ook om ondersteuning en een eigen budget. Als je kijkt naar de gemiddelde cliënten- en patiëntenraden, wordt daar nu zo overheen gewalst, simpelweg omdat ze geen positie hebben. Ik ben het dus met mevrouw Klever eens dat het nu niet veel voorstelt. We hebben allemaal de mond vol van "de patiënt centraal". Als je het echter hebt over de vraag hoe je ervoor zorgt dat patiënten echt een stem en zeggenschap hebben — in plaats van geen invloed hebben en een kopje koffie drinken — waarbij hun wensen centraal staan, moet je dat scherper regelen. Vandaar dat wij dat voorstel nu doen.

Mevrouw **Klever** (PVV):
Het kernprobleem is dat de zorgverzekeraars te veel macht hebben. Dat is ongeveer het enige waarover wij het eens zijn. Dat kan, omdat mevrouw Bouwmeester instemt met het beleid van dit kabinet dat de zorgverzekeraars steeds meer macht geeft. Dan moet zij geen cliëntenraden instellen, maar dan moet zij hier haar werk doen. Zij moet hier tegen de minister zeggen dat ze dat niet wil. Als zij dat zou zeggen, heeft zij een meerderheid van de Kamer achter zich. Mevrouw Bouwmeester kan ons aan een meerderheid helpen om dat hier te regelen. Cliëntenraden zijn een doekje voor het bloeden. Mevrouw Bouwmeester moet hier haar werk doen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Cliënten- en patiëntenraden en de ledenraad bij de zorgverzekeraar zijn één aspect als je het hebt over governance. Het voorstel dat ik net heb gedaan, is net zo'n vergaand voorstel als die in het rijtje van vier voorstellen die ik hier als Kamerlid doe: ik wil ervoor zorgen dat de zorgverzekeraar dienstbaar wordt aan de verzekerde. Daar zijn zorgverzekeraars voor. Het is je taak als Kamerlid om niet zomaar iets te roepen wat niet kan, maar met voorstellen te komen die echt wat veranderen. Een ander belangrijk voorstel is dat de toezichthouder ervoor zorgt dat zorgverzekeraars doen wat ze zeggen te doen: coöperatie zijn, en waarvan de wet en de intentie van de wet zeggen: dienstbaar worden aan je verzekerde. Dat doen ze dus niet en dan zeggen wij dat je nadere voorwaarden moet stellen aan de manier waarop ze hun werk uitvoeren. Zelf kunnen ze dat niet, de markt kan dat niet, dus moet je bijsturen. Daartoe hebben wij vier voorstellen gedaan. U mag ze steunen, maar als u komt met betere voorstellen, zijn die ook zeer welkom.

De **voorzitter**:
Mevrouw Dik-Faber, ik wil even iets zeggen, overigens niet omdat u het bent. Dit debat moet ook ooit eindigen, dus geen herhaling van zetten. Dat sta ik niet toe. Als u een nieuw punt hebt, gaat uw gang.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Ik heb een aanvullende vraag over de ledenraden. Ik ben het helemaal met mevrouw Bouwmeester eens dat wij die beter moeten positioneren, ook naar aanleiding van de motie van de ChristenUnie die vorig jaar is aangenomen over de coöperatieve rol van zorgverzekeraars. Hoe voorkomen wij dat die ledenraden weer onderdeel van het hele systeem worden en daardoor worden opgeslokt? Hoe zorgen wij ervoor dat ze een onafhankelijke positie krijgen en daardoor een luis in de pels kunnen zijn voor de zorgverzekeraar?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Dat is een heel terechte vraag van mevrouw Dik-Faber. Volgens de signalen uit het veld dragen de voorstellen die nu worden ontwikkeld er niet aan bij dat mensen echt een stem hebben. De gekke situatie doet zich voor dat de

ondernemingsraad alle ondersteuning krijgt — inspraak van medewerkers vinden wij ook belangrijk — dat de raad van bestuur en de raad van toezicht budget en ondersteuning hebben, maar dat degenen om wie de zorg draait, de patiënten, dat niet hebben. De bestuurdersvereniging in de zorg zegt zeer voor zeggenschap te zijn. Er is echter geen eigen budget en ook geen ondersteuning. Als Kamer weten wij dan al dat men, als wij dat niet sterk optuigen, geen zeggenschap heeft. Mevrouw Dik-Faber zegt geen nieuw instituut namens de verzekerden of de patiënten te willen, maar als wij daarvoor niet kiezen, houden wij wat wij nu hebben. Dan hebben wij patiënten- en cliëntenraden die vooral voor de vorm koffie mogen drinken, maar die vrij weinig te zeggen hebben. Je moet een manier vinden om de stem van degenen om wie de zorg draait, de patiënten of de verzekerden, beter te laten horen. Als ze dat zelf niet kunnen, moet je bekijken wie je in een vertegenwoordigende raad zet om hen te vertegenwoordigen. In bijvoorbeeld een verzorgingshuis met bewoners is het weer anders dan in dit geval. Je moet in ieder geval zorgen voor versterking. Immers, als wij dat als Kamer niet doen, accepteren wij dat patiënten- en cliëntenraden vooral koffie mogen drinken ...

De **voorzitter**:
Dat had u al gezegd. Is het antwoord u niet duidelijk, mevrouw Dik-Faber?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Nee, voorzitter. Ik ben heel blij dat de Partij van de Arbeid zegt dat wij de ledenraden in staat moeten stellen om goed hun werk te doen, ook door een stukje financiële ondersteuning. Die onafhankelijkheid is voor mijn fractie ontzettend belangrijk. Die moet goed wettelijk worden verankerd. Men mag geen onderdeel worden van het systeem.

De **voorzitter**:
Dit kunt u allemaal in uw eigen termijn zeggen. Wat is uw vraag aan mevrouw Bouwmeester?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Mijn vraag is als volgt. De zorg gaat om mensen. Ik vind het dan heel belangrijk dat in de ledenraden de gewone verzekerden zitten, de gewone mensen om wie de zorg uiteindelijk draait. Dus: onafhankelijk en gewone mensen. Ik hoop dat de Partij van de Arbeid en de ChristenUnie het daarover eens kunnen worden.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Mijn excuus, voorzitter, ik had de vraag net verkeerd begrepen. Onafhankelijk gekozen, een afspiegeling van het adherente zorggebied en verantwoording afleggen aan je achterban, maar ook ervoor zorgen dat je veel doet met individuele cliëntpanels, zodat niet een klein clubje mensen beslist? Daar ben ik het zeer mee eens, dat hoort er zeker bij. Als je mensen in de regio zeggenschap wilt geven, moet je nagaan hoe je het regionaal organiseert. Volgens mij hoort dat er allemaal bij. In dat opzicht ben ik het zeer met mevrouw Dik-Faber eens.

De heer **Van Gerven** (SP):
De PvdA zegt dat de zorgverzekeraars de zorg van ons hebben afgepakt, dat die te veel macht hebben gekregen. Dat vindt de SP ook. Vroeger trok de PvdA daar de conclusie uit dat wij zo'n stelsel niet zouden moeten hebben. In 2006 heeft zij tegen de Zorgverzekeringswet en de private, op winst gerichte zorgverzekeraars gestemd. Ik zie dat de PvdA is gedraaid en nu met voorstellen komt. Wij zullen die beoordelen, maar ik denk dat ze niet echt iets zullen oplossen. Ik heb een andere vraag. Op de website van de PvdA lees ik in een artikel van Agnes Wolbert: "(...) laat één ding duidelijk zijn; als patiënten noodzakelijke zorg mijden omdat zij het eigen risico niet kunnen ophoesten is dat voor de Partij van de Arbeid onwenselijk." Hoe moeten wij dit citaat interpreteren, gezien de laatste gegevens over zorgmijding in de rapporten van het NIVEL en van VGZ?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
U had eerst een heel aantal aannames en daar kwam een vraag achteraan. Als de voorzitter het mij toestaat, reageer ik even op het geheel.

De **voorzitter**:
Als u dat kort doet, graag.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Het waren heel veel opmerkingen, maar ik ga mijn best doen. De heer Van Gerven vroeg hoe onze oplossingen eraan bijdragen dat zorgverzekeraars zich als coöperaties gaan gedragen en de wens van verzekerden centraal stellen. In eerste instantie zeggen wij dat de NZa gelijk heeft: er wordt op prijs ingekocht, maar er moet op kwaliteit worden ingekocht. Wij willen dus dat daar nadere eisen aan worden gesteld. Wij willen dat het tekenen bij het kruisje stopt. Als je een contract sluit met een zorgverzekeraar, is dat immers een wederzijdse overeenkomst. Dat is dus niet tekenen bij het kruisje en dat is ook niet: je krijgt wat langer de tijd om te tekenen bij het kruisje. Dat betekent ook dat je de tegenmacht moet organiseren. Het was goedbedoeld, maar het heeft niet zo goed uitgepakt. Dat kunnen we nu herstellen. Ik hoop ook echt dat de SP daaraan meedoet. Het vierde voorstel is: zorg ervoor dat mensen die in de regio wonen, mee kunnen bepalen welke zorg er komt. Als een ziekenhuis dreigt om te vallen, te sluiten of te veranderen, geef mensen dan de mogelijkheid om met elkaar, met alle zorgverleners en ook met de verzekerde patiënten en inwoners, te bekijken welk alternatief er is en hoe het anders kan worden georganiseerd. Dat zijn vier zeer concrete manieren om eraan bij te dragen dat de mensen om wie de zorg draait, namelijk patiënten en verzekerden, weer een stem krijgen. Ik vind die vier voorstellen dus zeer belangrijk. De SP wil het systeem wijzigen en zegt dat het daarmee allemaal goed komt. Systemen veranderen mensen niet. Er moeten nadere regels zijn die bijdragen aan een cultuur waarin de stem van verzekerden wordt versterkt. Daarom verschillen wij daarover van mening, maar volgens mij hebben we hetzelfde einddoel: het moet weer gaan om mensen. Ik hoop dus dat de SP deze voorstellen steunt.

Wat het eigen risico betreft: het mag niet zo zijn dat mensen zorg mijden omdat zij die zorg niet kunnen betalen. Daarom hebben wij de minister gevraagd om met de huisartsen en de Consumentenbond te onderzoeken wat er aan de hand

is en wat wij heel gericht moeten doen. Daarover heeft de minister de Kamer een brief gestuurd. Uit mijn hoofd zeg ik dat daar negentien maatregelen in staan. Wij denken dat die maatregelen voldoende zijn. Mocht dat niet zo zijn, dan trekken wij weer aan de bel. Dat mag de SP met ons doen.

De heer **Van Gerven** (SP):
Ik constateer dat de PvdA is gedraaid. In 2006 was de PvdA tegen de invoering van het marktstelsel waar dit kabinet zo achteraanloopt. In de marge wordt aan dingen gesleuteld. We zullen zien of dat iets oplevert. Dat is dus een draai, maar ik ga nu in op het eigen risico. De Partij van de Arbeid zegt dat het mijden van zorg vanwege het eigen risico niet mag. Dat is echter een conclusie van het rapport van het NIVEL en van het rapport van de VGZ. Heel concreet: steunt de Partij van de Arbeid het voorstel van de SP om het eigen risico te halveren en om die halvering te betalen uit de overreserves van de zorgverzekeraars? Dan zetten we immers echt een concrete stap om het mijden van zorg tegen te gaan.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Daar ging weer een hele aanname aan vooraf. De Partij van de Arbeid ziet liever een heel ander zorgstelsel. Daarover verschillen we helemaal niet van mening, maar soms ga je regeren omdat je iets voor het land wilt bereiken en niet alleen aan de zijlijn dingen wilt roepen. Als je gaat regeren, moet je compromissen sluiten. Er is dus geen ander zorgstelsel gekomen, maar we kunnen wel zien dat de manier waarop het zorgstelsel volgens de wet zou moeten werken, niet werkt. Zorgverzekeraars die zeggen dat zij coöperaties zijn, gedragen zich niet als coöperaties. Dan ga je dat dus bijsturen door de zorg elke dag weer een beetje beter te maken. Dat werkt volgens de Partij van de Arbeid overigens beter dan het wijzigen van het hele stelsel, want als je de zorgverzekeraars nu allemaal publiek maakt, gaan mensen zich niet ineens anders gedragen, nog los van de miljarden die dat zou kosten. Je moet daar dus meer mee doen. Volgens mij zijn wij het dus best met elkaar eens, maar verschillen wij van mening over de manier waarop wij dit willen bereiken.

Het onderzoek van het NIVEL is er gekomen op verzoek van de Kamer. Mijn collega Agnes Wolbert heeft gevraagd om met de huisartsen, de Consumentenbond en nog een aantal partijen te onderzoeken wat er aan de hand is. Daar is een concreet probleem uit gekomen. Daarover heeft de minister een brief gestuurd waarin hij aangeeft: dat gaan we oplossen. Het gaat om negentien maatregelen. Ik zal die maatregelen niet allemaal opnoemen, maar zij moeten ertoe leiden dat niemand zorg die nodig is, niet krijgt. Als de heer Van Gerven zegt dat er een voorstel bij moet, dat er iets niet klopt of dat het niet lukt, snap ik de vraag. De minister heeft nu echter iets neergelegd waarvan wij denken dat het mijden van zorg daarmee wordt voorkomen. Dat vinden wij dus heel belangrijk.

De **voorzitter**:
Mijnheer Van Gerven, heel kort.

De heer **Van Gerven** (SP):
Wil de geachte afgevaardigde van de Partij van de Arbeid mijn vraag beantwoorden? Stemt zij in met het voorstel van de SP om het eigen risico te halveren en dat te betalen uit de overreserves van de zorgverzekeraars?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Nee, dat doen wij niet. Ik zou dat met alle liefde doen, want ik zou die overreserves van zorgverzekeraars graag daaraan besteden of aan innovatie, preventie, het voorkomen van ziekten en allerlei andere nieuwe behandelmogelijkheden die dokters steunen die hun patiënten goed willen informeren maar dat nu in hun vrije tijd moeten doen. Wij zitten met het juridische probleem dat wij niet aan de overreserves kunnen komen die op de plank liggen. Dat is wettelijk niet mogelijk. Hoe graag ik het ook wil, ik moet tot mijn grote frustratie vaststellen dat wij, zolang het wettelijk niet is geregeld, niet zomaar zo'n voorstel kunnen doen. Ik zal samen met de SP en het CDA bekijken hoe wij het wettelijk mogelijk kunnen maken dat de reserves meteen teruggaan naar het zorgstelsel. Zodra wij die initiatiefwet hebben, kunnen wij dat doen, maar tot die tijd moeten helaas ook Kamerleden zich aan de wet houden.

De heer **Kuzu** (Groep Kuzu/Öztürk):
Werk aan de winkel dus. De Partij van de Arbeid doet vier goede voorstellen voor het beperken van de macht van de zorgverzekeraars. Inspraak en instemming zijn prima. Ik wil focussen op één van die vier voorstellen: het tekenen bij het kruisje.

De **voorzitter**:
Wat is uw vraag?

De heer **Kuzu** (Groep Kuzu/Öztürk):
Voorzitter. U weet dat verschillende fracties gebruik hebben gemaakt van de mogelijkheid om een aanloop te nemen. Ik zou graag mijn vraag verduidelijken.

De **voorzitter**:
Goed, maar wij hebben straks een regeling van werkzaamheden en ik moet de klok in de gaten houden. Dat zal iedereen begrijpen.

De heer **Kuzu** (Groep Kuzu/Öztürk):
Dat begrijp ik. Mijn vraag is hoe de Partij van de Arbeid het tekenen bij het kruisje wil regelen. Het gaat dan wel degelijk om een stelselwijziging. De vraag is wie dan de regie heeft bij het inkoopproces: de zorgverzekeraar of de wetgever.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Dat is een zeer terechte vraag. Dank daarvoor, want nu kan ik dit nog toelichten. Een zorgverzekeraar heeft de taak om het premiegeld te besteden, maar dat wil niet zeggen dat hij in zijn eentje zijn goddelijke gang kan gaan. Een zorgverzekeraar heeft een publieke taak die hij uitvoert met publiek geld. Hij heeft de verantwoordelijkheid om op basis van draagvlak te handelen: wat heeft een patiënt nodig, wat heeft de zorgverlener nodig om dat te kunnen bieden?

Aangezien de zorgverzekeraars dit proces nu eigenlijk helemaal in hun eentje voeren omdat zij ooit hebben bedacht: wij zijn privaat en wij kunnen dus onze eigen gang gaan, hebben zij geen legitimiteit van handelen. Dat stel ik hier ter discussie. Daaraan moeten dus nadere voorwaarden worden gesteld. Als zelfs de toezichthouder zegt dat het ongewenst is, moet je zorgen dat er iets gebeurt. De Kamer moet dan bijsturen en daarom hebben wij dit voorstel gedaan.

De heer **Kuzu** (Groep Kuzu/Öztürk):
Daar ben ik het helemaal mee eens. Dat is altijd het streven geweest. Het gaat niet alleen om inkopen op basis van prijs, maar ook op basis van kwaliteit. De afgelopen jaren zijn daartoe verschillende pogingen gedaan, maar wij hebben ook te maken met duizenden zorgaanbieders, fysiotherapeuten, huisartsen, ergotherapeuten, zo kan ik wel doorgaan. Mijn concrete vraag is hoe mevrouw Bouwmeester dit dan in dat zorginkoopproces wil vormgeven. Ik ben daar erg benieuwd naar.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Dat is een terechte vraag. Zorgverzekeraars zeggen vaak: het zijn er zo veel en wij kunnen niet met iedereen praten.

De **voorzitter**:
Maar wat is uw antwoord?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Daarom zeggen zij: wij sturen u een concreet contract en teken maar bij het kruisje. Je kunt — zo lang het niet over geld gaat — ook op een andere manier met de beroepsgroep spreken over vragen als: wat is kwaliteit, wat heb je nodig. Je kunt ook verbetercontracten instellen. Overigens zijn er zorgverzekeraars die dat met beroepsgroepen doen. Met de huisartsen is het ook gelukt. Die goede trend moet worden doorgezet, maar de NZa moet ook toetsen of het gebeurt. Als er geen toets op zit, verandert er niets. Je moet daar dus nadere voorwaarden aan stellen: je moet de stem van de verzekerden en van de zorgverleners meenemen en het proces moet fatsoenlijk verlopen. Volgens mij zijn wij het daarover eens.

De heer **De Lange** (VVD):
Een korte vraag. Het vierde voorstel heeft betrekking op regionale invloed op de zorgstructuur. Kan mevrouw Bouwmeester aangeven hoe dit voorstel van de Partij van de Arbeid past binnen het stelsel dat wij nu kennen?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Voor de Partij van de Arbeid staat niet het stelsel centraal maar staan mensen centraal. Als je dan toch naar het stelsel kijkt, dan levert dat op dat een zorgverzekeraar moet handelen op basis van de wens van verzekerden. Wat is voor hen belangrijk? Dat zij de zorg krijgen die bij hen past en dat de zorg betaalbaar blijft. Wat je nu soms ziet, is dat instellingen omvallen of dat grote afdelingen van ziekenhuizen sluiten. Er is een proces in de bestuurskamer van het ziekenhuis waarbij het ziekenhuisbestuur en de zorgverzekeraar met elkaar bepalen wat ze gaan doen. Vervolgens is de hele regio in rep en roer, want je zult maar afhankelijk zijn van zorg. Mensen maken zich dan zorgen: is de zorg voor mij wel beschikbaar als ik die nodig heb? Als er witte rook is, komen ze naar buiten. Vervolgens hebben wij hier een Kamerdebat. Dat is natuurlijk hartstikke ongewenst. Een private organisatie heeft dus de dure plicht om draagvlak te creëren, niet alleen omdat dit eraan bijdraagt dat het besluit wordt gedragen, maar ook omdat het de kwaliteit van zorg verbetert voor de mensen die afhankelijk zijn van de zorgverzekeraar. Het is dus een dure plicht. De plicht dat je dit zelf oppakt, hoort dus ook bij de "stelselverantwoordelijkheid", als je het woord dan toch wilt gebruiken. Wij zien dat er nu een gat is, want er wordt niet gestuurd. Als de politiek dat onwenselijk vindt, heeft zij de taak om bij te sturen en wel zodanig dat een besluit wordt genomen op basis van draagvlak en zeggenschap van mensen in de regio. Dan heb je een betere zorg, met draagvlak, zonder onrust.

De heer **De Lange** (VVD):
Het inregelen van draagvlak voor voorstellen om een regionale structuur overeind te houden, blijft wel altijd passen binnen de structuur van de zorgplicht die er al is. Begrijp ik dat goed?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
De zorgplicht is natuurlijk de basis. Mensen moeten de zorg krijgen waar zij recht op hebben. Als je dat heel strak hanteert, dan zeg je: er is een mijnheer in een bestuurskamer van een witte fabriek; hij besluit wat wij gaan doen en u hebt daar helemaal niks over te zeggen. Zo is het natuurlijk niet bedoeld. Dat is ook niet de intentie van het stelsel, en het is al helemaal niet de intentie van de wet. Je kunt het alleen maar met elkaar goed inregelen als je overleg voert. Nu zien wij te vaak dat het overleg pas achteraf plaatsvindt, als er al commotie is ontstaan, of als er een Kamerdebat is. Dat willen wij niet. Wij willen dat het een proces wordt waarin met alle stakeholders overleg wordt gevoerd, zodat men het met elkaar organiseert en met het oog op de kwaliteit en de mensen om wie het draait. Dat is gewoon een kwestie van goed fatsoen.

De **voorzitter**:
U rondt af.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Ja, ik heb bijna geen tijd meer. Ik ga naar mijn laatste stuk.

Wij kunnen trots zijn op de vele mogelijkheden die de zorg ons biedt en op de enorme bevlogenheid van mensen die in de zorg werken. Er is echter ook een omslag nodig van systemen naar mensen, opdat de zorg gaat passen bij de wensen van mensen en niet het systeem centraal staat, maar het om mensen gaat.

Dat was het.

De **voorzitter**:
Ik had voor de schorsing nog liever één spreker het woord gegeven, maar dat gaan we echt niet redden. Ik schors de vergadering tot 14.10 uur.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt van 13.36 uur tot 14.12 uur geschorst.

Voorzitter: Van Miltenburg